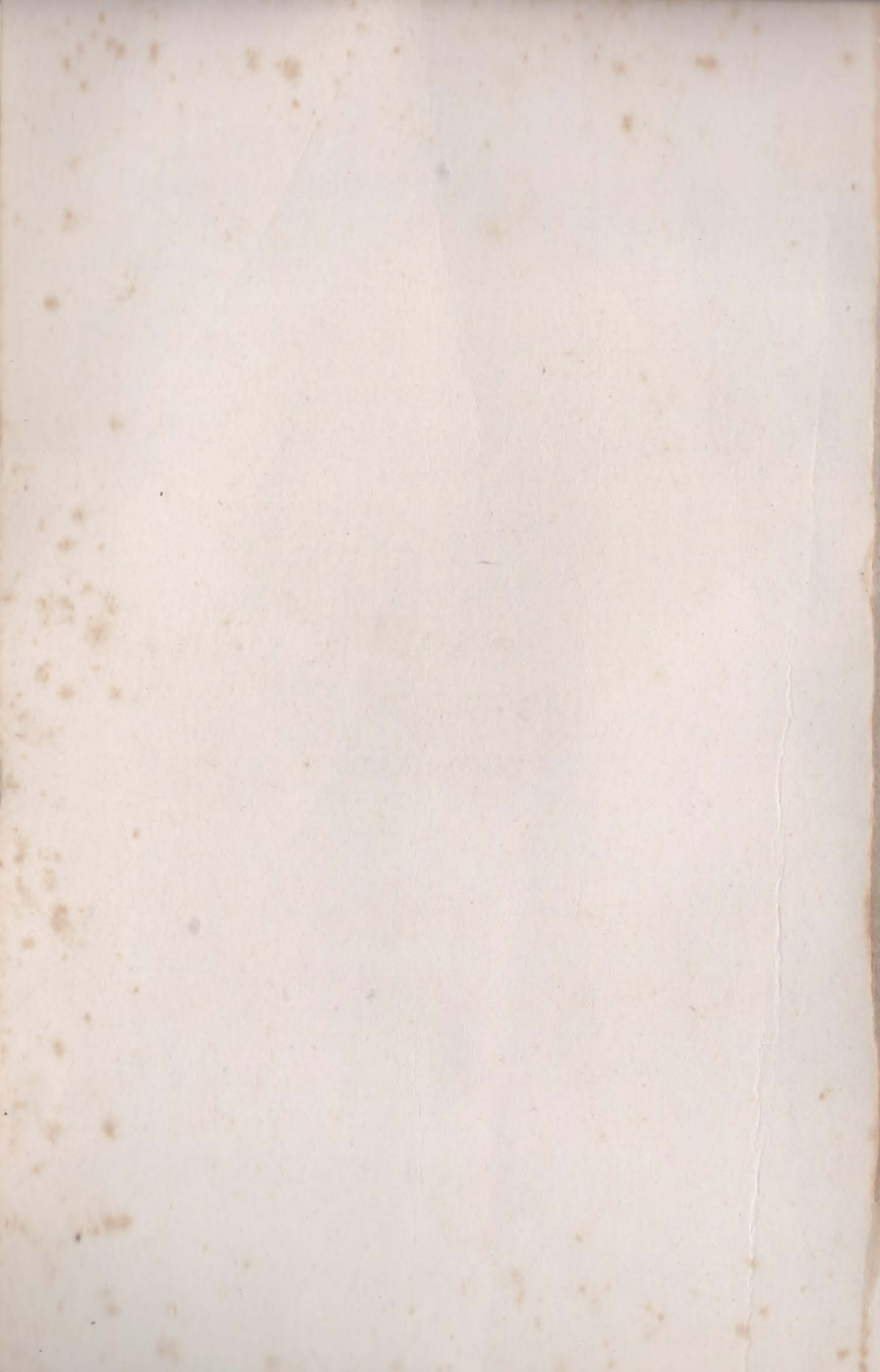
കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി

ഒരു പഠനം





കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി

ഒരു പഠനം

കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി

ഒരു പഠനം

കേരളശാസ്ത്രസാഹിത്യപരിഷത്ത്

ഈ പുസ്തകം തയ്യാറാക്കുന്നതിൽ സഹകരിച്ചവർ:

ഡോ. കെ.ആർ.തങ്കപ്പൻ, ഡോ. കെ.പി.കണ്ണൻ,

ഡോ. വി.രാമൻകുട്ടി, ഡോ. കെ.പി.അരവിന്ദൻ,

ഡോ. ബി.ഇക്ബാൽ, ടി.പി.കുഞ്ഞിക്കണ്ണൻ,

ടി.ടി.പ്രഭാകരൻ, ശാന്തിഅരവിന്ദൻ,

കെ.അശോകൻ, കെ. ഭാസ്കരമേനോൻ,

പി.എം.രാജീവ്, പി.വി.പീതാംബരൻ,

പി.വി.നന്ദൻ, ശശി.വി.

കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി-ഒരു പഠനം ● ആദ്യപതിപ്പ്: ഫെബ്രുവരി 1991 ● പ്രസാധനം, വിതരണം: കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്, കോഴിക്കോട്, 673 002 ● കമ്പോസിങ്ങ്: പരിഷത്ത് ഡി.ടി.പി. സിസ്റ്റംസ് ● അച്ചടി: കെ.ടി.സി. ഓഫ്സെറ്റ്, കോഴിക്കോട് ● കവർ: ഗോഡ്ഫ്രെദാസ് ● വില: 30 ക ●

Malayalam ● The Health Status of Kerala - A Study ● First Edition: February 1991 ● Published and distributed by Kerala Sastra Sahitya Parishad, Calicut, 673 002 ● Composing: Parishad DTP Systems ● Printed at KTC Offset Calicut ● Cover: Godfreydas ● Price: Rs.30 ●

KSSP 0518 IE 10K D1/8 FEB'91 3000 FT435/91

ആമുഖം

കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെട്ടതാണെന്നാണ് പരക്കെയുള്ള ധാരണ. മൂന്നാം ലോക രാജ്യങ്ങളിൽ പൊതുവേയുള്ളതിനേക്കാൾ മരണ നിരക്ക് വളരെ കുറവാണിവിടെ എന്നതാണിതിനു കാരണം. ദാരിദ്ര്യത്തിനിടയിലും ആരോഗ്യം (Health amidst Poverty) എന്ന ഈ സങ്കൽപ്പം മറ്റു മൂന്നാം ലോക പ്രദേശങ്ങൾക്കുള്ള ഒരു മാതൃകയായി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. എന്തുകൊണ്ട് ഈ ദരിദ്ര സംസ്ഥാനത്തിൽ മരണനിരക്കുകൾ ഇത്രകണ്ട് കുറഞ്ഞു എന്നതിനെപ്പറ്റി വ്യത്യസ്ത അഭിപ്രായങ്ങളുണ്ട്. ഉയർന്ന വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരവും സ്ത്രീ സാക്ഷരതയുമാണ് ഇതിന് കാരണമെന്ന് ചിലർ വിശ്വസിക്കുന്നു. ഭൂപരിഷ്കരണം പോലുള്ള, സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സമത്വത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള, നയങ്ങളാണ് ഈ മാതൃകയുടെ അടിത്തറയെന്നു വാദിക്കുന്നവരുമുണ്ട്.

അന്താരാഷ്ട്ര അംഗീകാരമുള്ള ഈ സങ്കൽപ്പം ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെടാതിരുന്നിട്ടില്ല. കേരളത്തിലെ ദാരിദ്ര്യത്തിന്റെ തോതിനെക്കുറിച്ച് തർക്കങ്ങളുണ്ട്. സംസ്ഥാനത്തിന്റെ മൊത്തം വരുമാനം കണക്കാക്കുമ്പോൾ പുറത്തുനിന്നുള്ള വരുമാനം പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നില്ലെന്നാണ് ഒരു വിമർശനം. അതിനാൽ വരുമാനം വച്ചുനോക്കുമ്പോൾ അനുമാനിക്കപ്പെടുന്ന തോതിലുള്ള ദാരിദ്ര്യം കേരളത്തിലില്ല എന്നാണ് വാദം. മറ്റുചിലർ കേരളത്തിലെ ജനങ്ങൾ ആരോഗ്യവാൻമാരാണ് എന്ന നിഗമനത്തെത്തന്നെ ചോദ്യം ചെയ്യുന്നു. ഇവരുടെ അഭിപ്രായത്തിൽ മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞെങ്കിലും കേരളത്തിൽ രോഗാതുരത കൂടുതലാണ്. ഇങ്ങനെയുള്ള ഉയർന്ന രോഗാതുരത-താണമരണനിരക്ക്, എന്ന അവസ്ഥയാണ് (High Morbidity Low Mortality Syndrome) യഥാർത്ഥത്തിൽ കേരളത്തിന്റെ പ്രത്യേകത എന്നാണവരുടെ അഭിപ്രായം.

മേൽപ്പറഞ്ഞ രീതിയിലുള്ള അഭിപ്രായ വ്യത്യാസങ്ങൾ രൂക്ഷമായി നിലനിൽക്കുന്നത് മുഖ്യമായും കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യാവസ്ഥയെപ്പറ്റിയുള്ള സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകളുടെ ദൗർലഭ്യം മൂലമാണ്. കേരളീയ സമൂഹവും അതിലെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയും തമ്മിലുള്ള ബന്ധത്തെപ്പറ്റി പഠിക്കണമെങ്കിൽ ഇന്നു ലഭ്യമായ സർക്കാർ ഡാറ്റ (മുഖ്യമായും ആശുപത്രികളിൽ നിന്നു ശേഖരിക്കുന്നത്) മാത്രം പോരാ, സാമൂഹിക കാഴ്ചപ്പാടോടെ ജനങ്ങളുടെ ഇടയിൽ നടത്തുന്ന വ്യാപകമായ

പഠനങ്ങൾ തന്നെ വേണം. ഈ ദിശയിലേക്കുള്ള ഒരു കാൽവെ പ്പാണ് ഈ പഠനം.

ഇത്തരം പഠനങ്ങൾ ഫലപ്രദമാകണമെങ്കിൽ അതിൽ പരമാവധി ജനപങ്കാളിത്തം ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതുണ്ട്. അതേ സമയം സർവേകളുടെ ശാസ്ത്രീയ സാങ്കേതിക വശങ്ങൾ പൂർണമായി ഉൾക്കൊള്ളുകയും വേണം. അതുകൊണ്ടു തന്നെ ഞങ്ങളുടെ പഠനം ഒരേ സമയം ശാസ്ത്രീയവും ജനകീയവുമാക്കാനാണ് ഞങ്ങൾ ശ്രമിച്ചിട്ടുള്ളത്. ആദ്യസംരംഭമെന്ന നിലയിൽ ചില പരിമിതികളുണ്ടെങ്കിലും, സാമൂഹ്യ പഠനങ്ങളുടെ മേഖലയിൽ ഇതൊരു പുതിയകാൽവെപ്പായിരിക്കും എന്നു ഞങ്ങൾ കരുതുന്നു.

പതിനായിരത്തിൽപ്പരം തെരഞ്ഞെടുത്ത വീടുകൾ സന്ദർശിച്ച് സമാഹരിച്ചിട്ടുള്ള ഈ വിവരങ്ങൾ കേരളത്തിന് ഒരു ആരോഗ്യ നയം രൂപപ്പെടുത്തിയെടുക്കുന്നതിനായുള്ള നയരൂപീകരണങ്ങൾക്കു പ്രയോജനപ്രദമായിരിക്കുമെന്ന് ഞങ്ങൾ പ്രത്യാശിക്കുന്നു. ഈ പഠനം ഒരു സ്വപ്നത്തിൽനിന്ന് യാഥാർത്ഥ്യമാക്കിത്തീർത്തത് ആയിരക്കണക്കിന് പരിഷത്ത് പ്രവർത്തകരുടെ ആത്മാർത്ഥതയും കഠിനാധ്വാനവുമാണ്. ഈ സംരംഭം പൂർണമാവണമെങ്കിൽ ഇതിൽ നിന്നുയരുന്ന നിഗമനങ്ങളെപ്പറ്റി വ്യാപകമായ ചർച്ചകൾ നടക്കേണ്ടതുണ്ട്. ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്തിന്റെ 28–ാം വാർഷികത്തോടനുബന്ധിച്ചു പുറത്തിറക്കുന്ന ഈ പുസ്തകം ഇത്തരം ചർച്ചകൾക്കുതുടക്കം കുറിക്കുമെന്നാണ് ഞങ്ങളുടെ പ്രതീക്ഷ.

കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്

ഉള്ളടക്കം

1.

ആരോഗ്യവും പുരോഗതിയും സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നിലവാരവും

വ്യക്തികളുടേതെന്നപോലെ, ഒരു ജനസമൂഹത്തിന്റെ ആരോഗ്യനിലവാരം രണ്ടു പ്രധാന പ്രേരകങ്ങളാണ് രൂപപ്പെടുത്തുന്നത്– ഒന്ന്,സ്വാഭാവികമോ ജനിതകമോ ആയ സിദ്ധികൾ;രണ്ട്, പരിസ്ഥിതി. ഒരു പ്രത്യേക അവസരത്തിൽ ഇവയിൽ ഏതെങ്കിലുമൊന്നിന് കൂടുതൽ പ്രാധാന്യ മുണ്ടായേക്കാമെങ്കിലും, ഒരു ജനസമൂഹത്തിന്റെ ആരോഗ്യ നിലവാരം നിജപ്പെടുത്തുന്നതിന് ഇവ രണ്ടും കണക്കിലെടുക്കേണ്ടതാണ്. ജൈവവൈദ്യ (ബയോമെഡിക്കൽ) പശ്ചാത്തലത്തിൽ പലപ്പോഴും പരിസ്ഥിതിയും ആരോഗ്യവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം മറ്റു സൂക്ഷ്മസ്ഥൂലവസ്തുക്കൾ, വിഷവ സ്തുക്കൾ, മലിനീകരണവസ്തുക്കൾ, താപനില, ആഘാതം എന്നിങ്ങനെയുള്ള ഭൗതിക –രാസ–ജൈവ കാരകങ്ങളുമായി ഒരു വസ്തുവിന്റെ പരസ്പരപ്രവർത്തനത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിലാണ് കണക്കാക്കപ്പെടുന്നത്. പക്ഷെ ഇവിടെ, കൂടുതൽ വിശാലവും, എന്നാൽ വളരെയേറെ പ്രധാനപ്പെട്ടതുമായ സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക പ്രേരകങ്ങൾ അവഗണിക്കപ്പെടുന്നു.

ആരോഗ്യവും സാമൂഹ്യസ്ഥിതിയുമായുള്ള ബന്ധം നിരന്തരം മാറിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒന്നാണ്. സാമൂഹ്യസ്ഥിതിയാണ് പ്രധാനമായും ആരോഗ്യനിലവാരത്തെ തീർച്ചപ്പെടുത്തുന്നത് എന്നുപോലും വാദിക്കുന്നവരുണ്ട്. മെക്കോവന്റെ അഭിപ്രായത്തിൽ പണ്ട് വേട്ടയാടിയും ഭക്ഷണം പെറുക്കി ശേഖരിച്ചും ജീവിച്ച മനുഷ്യൻ കൃഷി ചെയ്ത് സമൂഹമായി കൂട്ടം കൂടി ജീവിക്കാൻ തുടങ്ങിയപ്പോഴാണ് ആദ്യമായി സാംക്രമികരോഗങ്ങൾ ഉണ്ടായത്. അതുപോലെ ഇന്ന് വ്യാപകമായി കാണപ്പെടുന്ന ഹൃദ്രോഗം, അർബുദം, മറ്റ് ദീർഘസ്ഥായിയായ രോഗങ്ങൾ എന്നിവ വ്യാവസായികസമൂഹത്തിന്റെ പിരിമുറുക്കത്തിൽനിന്നും ഉത്ഭവിക്കുന്നവയാണ്.

ഇരുപതാം നൂറ്റാണ്ടിന്റെ ആരംഭങ്ങളിൽ യൂറോപ്പിലും ഉത്തര അമേരിക്കൻ രാജ്യങ്ങളിലും ഒരു ആരോഗ്യപരിവർത്തനം നടന്നതായി പറയാം. മരണനിരക്കു കുറയുകയും തന്മൂലം ജനസംഖ്യ വർദ്ധിക്കുകയും ചെയ്തു. ഈ പരിവർത്തനത്തിനു കാരണം മുഖ്യമായും ശുദ്ധജലവിതരണം, ശുചീകരണസൗകര്യങ്ങൾ, രോഗപ്രതിരോധം തുടങ്ങിയ പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാടികളായിരുന്നു. ഇതിന്റെ ഫലമായി വസൂരി, പ്ലേഗ് മുതലായ പകർച്ചവ്യാധികൾ തുടച്ചുമാറ്റപ്പെട്ടു. കൃഷിയുടെ ഉൽപ്പാദനക്ഷമത വർദ്ധനവു മൂലം കൂടുതൽ പോഷകങ്ങൾ ലഭ്യമായതും കോളനികളുടെമേലുള്ള ചൂഷണവും ഇതിനു സഹായകമായിരുന്നു. വൈദ്യസഹായത്തിന്റെ വികസനം വളരെ തുച്ഛമായ സംഭാവനയേ മരണനിരക്ക് കുറയ്ക്കുന്നതിന് നൽകിയിട്ടുള്ളൂ. മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞ്, അധികം താമസിയാതെ തന്നെ ജനനനിരക്കും കുറഞ്ഞു. തൽഫലമായി ജനസംഖ്യാവർദ്ധനവിന്റെ നിരക്കും കുറഞ്ഞു. എന്നാൽ ഈ പരിവർത്തനം കോളനികളെ ബാധിച്ചിരുന്നില്ല. കാരണം അവിടങ്ങളിൽ ശുചീകരണ ഏർപ്പാടുകളും ആധുനിക വൈദ്യ സഹായവും യൂറോപ്യൻ ജനസമൂഹത്തിനു മാത്രമേ ലഭിച്ചിരുന്നുള്ളൂ. രണ്ടാം ലോക മഹായുദ്ധത്തിന്റെ അവസാനത്തോടെ പല കോളനികളും സ്വാതന്ത്ര്യം നേടിയെടുത്തപ്പോൾ ആരോഗ്യനിലവാരത്തിൽ യൂറോപ്യൻ ഉത്തരമേരിക്കൻ രാജ്യങ്ങളും ഇന്ത്യയെപ്പോലുള്ള അവരുടെ മുൻകോളനികളും തമ്മിൽ കാര്യമായ അന്തരമുണ്ടായിരുന്നു.

കോളനിവാഴ്ചയുടെ അന്ത്യവും സ്വാതന്ത്ര്യലബ്ധിയും ഈ രാജ്യങ്ങളിൽ കാര്യമായ മാറ്റമൊന്നും വരുത്തിയില്ല. ഇന്നും, അധികം മൂന്നാം ലോകരാജ്യങ്ങളിലും ഉയർന്ന ശിശു മരണനിരക്കും സാംക്രമിക രോഗങ്ങളും, പോഷകാഹാരക്കുറവും വ്യാപകമായി കാണപ്പെടുന്നു. വികസ്വര രാജ്യങ്ങളുടെ താഴ്ന്ന ആരോഗ്യനിലവാരത്തിനു കാരണമാകുന്ന സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക സ്ഥിതിക്ക് രണ്ട് വശങ്ങളാണുള്ളത്.

i) വിഭവ ദൗർലഭ്യം: മൂന്നാം ലോകരാജ്യങ്ങളിൽ മിക്കതിലും താഴ്ന്ന പ്രതിശീർഷ വരുമാനമാണുള്ളത്. അതിനാൽ പൊതു ജനാരോഗ്യപരിപാടികൾക്ക് ഉപയോഗിക്കാൻ ലഭ്യമാകുന്ന ഫണ്ട് വളരെ പരിമിതമാണ്. അമേരിക്കൻ ഐക്യനാടുകൾ അതിന്റെ മൊത്തം വരുമാനത്തിന്റെ 11% ആരോഗ്യത്തിനുവേണ്ടി ചിലവാക്കുമ്പോൾ

ഇന്ത്യയെപ്പോലുള്ള രാജ്യങ്ങൾ 5% പോലും നീക്കിവെയ്ക്കാൻ വിഷ മിക്കുന്നു. കുറഞ്ഞ വരുമാനമുള്ള ഒരു കുടുംബത്തിനാണെങ്കിൽ മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യസേവനങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താനുള്ള സാമ്പത്തിക ശേഷിയുമുണ്ടായിരിക്കില്ല. ശരാശരികണക്ക് പറയുക യാണെങ്കിൽ യൂറോപ്പിലെയോ അമേരിക്കയിലെയോ ഒരു പൗരൻ ചിലവഴിക്കുന്ന പത്തിലൊന്നുപോലും ഒരിന്ത്യാക്കാരൻ ആരോഗ്യ ത്തിനും അനുബന്ധസേവനങ്ങൾക്കുമായി ചിലവഴിക്കുന്നില്ല.

ii) വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിൽ കാണപ്പെടുന്ന വരുമാനത്തിലെ പ്രക ടമായ അസമാനതയാണ് മറ്റൊരു വശം. സമൂഹത്തിലെ വലിയൊരു ജനവിഭാഗത്തിന് ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിനാവശ്യമായ പ്രാഥമിക കാര്യങ്ങൾ പോലും നിറവേറ്റാൻ ശേഷിയില്ലാതെ പോകുന്നു. വിഭവ സമ്പത്തിന്റെ വിതരണത്തിലുള്ള അസമാനത മോശപ്പെട്ട ആരോഗ്യ സ്ഥിതി വഷളാക്കുന്നതായി കാണപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. വരുമാനത്തിലെ വ്യത്യാസങ്ങൾ കുറയുന്നതോടെ ശിശുമരണനിരക്ക് കുറയുന്ന തായും ചില പഠനങ്ങൾ നമ്മെ കാണിക്കുന്നു.

വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലെ പാവപ്പെട്ട ജനങ്ങൾക്ക് പലതരത്തി ലുള്ള പ്രതികൂലസാഹചര്യങ്ങളാണ് ആരോഗ്യത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ നേരിടേണ്ടി വരുന്നത്. ഒന്നാമതായി ജീവിത സാഹചര്യങ്ങളെന്ന പോലെ ശുദ്ധജലവിതരണം, ശുചീകരണം മുതലായ സൗകര്യങ്ങളും വളരെ പിന്നോക്കമാണ്. പല രാജ്യങ്ങളിലും കാർഷികോൽപ്പാദനം മോശമാണ്. ഇവയുടെ കൂടെ താഴ്ന്ന ക്രയശക്തി കൂടിയാകുമ്പോൾ ജനതയുടെ വലിയൊരു വിഭാഗം ആസന്നമായ പോഷകാഹാരക്കുറ വിന്റെ നിഴലിൽ കഴിയുന്നവരോ, പോഷകാഹാരക്കുറവുള്ളവരോ ആയിത്തീരുന്നു. ഇത് സമൂഹത്തിലെ ദുർബല വിഭാഗത്തിൽ പ്പെടുന്ന സ്ത്രീകളേയും കുട്ടികളേയും കൂടുതൽ ബാധിക്കുന്നു. രാഷ്ട്രീയവും സാമൂഹികവുമായ അധികാരങ്ങൾ സമൂഹത്തിലെ ചില വിഭാഗങ്ങൾ മാത്രം കൈയ്യടക്കിയിരിക്കുന്നതായി ഇങ്ങനെ യുള്ള മിക്ക സമൂഹങ്ങളിലും നമുക്ക് കാണാൻ കഴിയും. കുടുംബ ത്തിലാണെങ്കിൽ പുരുഷമേധാവിത്വം ഉണ്ടായിരിക്കും. ഇതിന്റെ ദോഷഫലങ്ങൾ സമൂഹത്തിലെ ദുർബല ജനവിഭാഗങ്ങളായ ഗ്രാമീ ണജനത, കർഷകർ, സ്ത്രീകൾ, കുട്ടികൾ, പൊതുവെ പാവപ്പെട്ടവർ എന്നിവർ അനുഭവിക്കുന്നു. പല രാജ്യങ്ങളിലും സർക്കാർ നൽ

കുന്ന ആരോഗ്യസേവനങ്ങൾ സൗജന്യമാണെന്ന് പറയപ്പെടുമെങ്കിലും, അവയുടെ ഗുണഫലങ്ങൾ അനുഭവിക്കാൻ ഗ്രാമീണ ജനതയ്ക്ക് സാധിക്കുന്നില്ല. കാരണം ഈ വക സൗകര്യങ്ങൾ മിക്കതും പട്ടണങ്ങളിലാണ് ലഭിക്കുന്നത്. അവിടേക്കുള്ള യാത്ര ക്ലേശകരവും സമയച്ചിലവും പണച്ചിലവും ഉള്ളതുമായിരിക്കും. ഈ സാഹചര്യങ്ങൾ കണക്കിലെടുക്കുമ്പോൾ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലെ ആരോഗ്യനിലവാരത്തിന്റെ പുരോഗതി മറ്റു മേഖലകളിലേതുവെച്ച് നോക്കുമ്പോൾ നാമമാത്രമായിക്കാണുന്നതിൽ അത്ഭുതപ്പെടാനില്ല.

എന്നാൽ മേല്പറഞ്ഞതിന് എതിരായ രീതിയിൽ ചില രാജ്യങ്ങളും സമൂഹങ്ങളും താഴ്ന്ന സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സാഹചര്യങ്ങൾ നിലനില്ക്കവെതന്നെ ആരോഗ്യനിലവാരത്തിൽ ഗണ്യമായ പുരോഗമനം കാണിച്ചിട്ടുണ്ട്. ചൈന, ക്യൂബ, ശ്രീലങ്ക, കോസ്റ്റാറിക്കാ മുതലായ രാജ്യങ്ങൾ ഇതിന് ഉദാഹരണമാണ്. ഇതിൽ ചൈനയും ക്യൂബയും ലക്ഷ്യംവെച്ച രാഷ്ട്രീയ പ്രവർത്തനംകൊണ്ടാണ് വിജയം കൈവരിച്ചത്. ഇന്ത്യയിൽതന്നെ കേരള സംസ്ഥാനത്തിൽ വളരെ കുറഞ്ഞ പ്രതിശീർഷ വരുമാനമായിട്ടും, കാർഷിക വ്യാവസായിക മേഖലകളിൽ കാര്യമായ പുരോഗതിയൊന്നും കാണിക്കാതെയും, ആരോഗ്യത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ മാത്രം വികസിത രാജ്യങ്ങളോടു താരതമ്യപ്പെടുത്താവുന്ന നിലവാരമാണ് കൈവരിച്ചിരിക്കുന്നത്.

കേരളത്തിനു മാത്രം അവകാശപ്പെടാവുന്ന ചില സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക സാഹചര്യങ്ങളാണ് ഈ സ്ഥിതിക്ക് കാരണമെന്ന് പറയപ്പെടാറുണ്ട്. ഇന്ത്യയിലെ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ഉയർന്ന സാക്ഷരതയുള്ള ഒരു ജനതയാണ് കേരളത്തിലുള്ളത്. ഉയർന്ന ആരോഗ്യനിലവാരത്തിന്റെ കാരണങ്ങൾ ആരായുമ്പോൾ സ്ത്രീകളുടെ ഉയർന്ന സാക്ഷരതയ്ക്ക് പ്രത്യേക പരിഗണന നല്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. ലോകത്തിലെമ്പാടും സ്ത്രീസാക്ഷരത ഉയരുന്നതോടെ ശിശുമരണനിരക്ക് കുറയുന്നതായി കാണപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. പരമ്പരാഗതമായിത്തന്നെ കേരളത്തിലെ മിക്ക സമൂഹങ്ങളിലും കുടുംബത്തിലെ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കാനുള്ള അധികാരം സ്ത്രീകൾക്കുള്ളതും ഒരു കാരണമായി സാമൂഹ്യശാസ്ത്രജ്ഞന്മാർ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നു. സ്ത്രീകൾക്ക് തറവാട്ടിലെ സ്വത്തവകാശം നല്കുന്ന മരുമക്കത്തായ സമ്പ്രദായം ഇവിടെ നിലവിലുണ്ടായിരുന്നതാണ് ഇതിനു കാരണം.

കൂടാതെ, ഇരുപതാം നൂറ്റാണ്ടിൽ കേരളത്തിൽ പാവപ്പെട്ടവന്റെയും അടിച്ചമർത്തപ്പെട്ടവന്റെയും അവകാശങ്ങൾ ഉയർത്തിപ്പിടിക്കുകയും അതിനു വേണ്ടി പൊരുതുകയും ചെയ്ത ഒരു രാഷ്ട്രീയാന്തരീക്ഷ ത്തിനാണ് മുൻതൂക്കമുണ്ടായിട്ടുള്ളത്. മാറിവരുന്ന സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളും ആരോഗ്യപരിപാലനം, വിദ്യാഭ്യാസം തുടങ്ങിയ സാമൂഹ്യക്ഷേമപരിപാടികൾക്ക് ഉയർന്ന പരിഗണനയാണ് നല്കിവ ന്നിട്ടുള്ളത്. കേരള സംസ്ഥാനം അതിന്റെ വരുമാനത്തിന്റെ ഏറിയ പങ്കും വിദ്യാഭ്യാസത്തിനാണ് ചിലവഴിക്കുന്നത്. അതുകഴിഞ്ഞാൽ ആരോഗ്യത്തിനും. ഇത് അടുത്തകാലത്ത് തുടങ്ങിയ ഒരു പ്രതിഭാസ വുമല്ല. രാജവാഴ്ചയുടെ കാലത്തുതന്നെ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും ആ രോഗ്യസേവനത്തിനും സർക്കാരിന്റെ മുൻഗണന ലഭിച്ചിരുന്നു. ആയുർവേദം പോലുള്ള പരമ്പരാഗത ചികിത്സാ രൂപങ്ങളും ഇവിടെ വേരുറച്ചിട്ടുണ്ട്. കേരളത്തിലെ ക്രിസ്ത്യൻ മിഷനറിമാരും ആതുരശു ശ്രൂഷാ മേഖലയെ കാര്യമായി പരിപോഷിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്.

കേരളത്തിലെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സാഹചര്യങ്ങളും ആരോ ഗ്യനിലവാരവും ബന്ധപ്പെടുത്തുന്ന ഗവേഷണം വളരെ കുറച്ചു മാത്രമേ ഉണ്ടായിട്ടുള്ളു. പണിക്കരും സോമനും ഇത് പഠിക്കാൻ ശ്രമി ച്ചിട്ടുണ്ട്. അവരുടെ പ്രധാന പഠനം കേരളത്തിൽ ഉള്ളതായി പറയ പ്പെടുന്ന 'ഉയർന്ന രോഗാവസ്ഥയും താഴ്ന്ന മരണനിരക്കും' ആണെ ന്ന് പറയാം. അവരുടെ പഠനം അനുസരിച്ച് മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞിട്ടു ണ്ടെങ്കിൽ അത് രോഗബാധയ്ക്കുശേഷമുള്ള ചികിത്സ കാരണമാണ്, അല്ലാതെ രോഗവിമുക്തമായ ഒരു സമൂഹത്തിന്റെ മെച്ചപ്പെട്ട ജീവി തരീതികൊണ്ടല്ല. ആരോഗ്യമേഖലയിൽ കേരളത്തിന്റെ ആകമാന മുള്ള പ്രകടനത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ചില പ്രധാനപ്പെട്ട ചോദ്യ ങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം കണ്ടെത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

1. സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നിലവാരമനുസരിച്ച് ആരോഗ്യസ്ഥി തിയിൽ എന്തൊക്കെ വ്യത്യാസങ്ങളാണുള്ളത്? ജീവിത ശൈലി യുടെ ഏതു വശത്തോടാണ് ഇത് ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നത്?

2. ആതുരശുശ്രൂഷാമേഖല ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിൽ എന്തു പങ്കാണ് വഹിക്കുന്നത്?

3. ആരോഗ്യനിലവാരത്തിലുള്ള പ്രാദേശിക വ്യത്യാസങ്ങളെന്തൊക്കെ? അവയ്ക്ക് പ്രദേശത്തിന്റെ ആകമാനപുരോഗതിയുമായി എന്താണ് ബന്ധം?

മേല്പറഞ്ഞവയും മറ്റു പല ചോദ്യങ്ങളുമാണ് ഈ പ്രബന്ധത്തിന്റെ പ്രധാന പ്രതിപാദ്യവിഷയം.

2.

കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യം നിലവിലുള്ള വിവരങ്ങൾ

ഒരു സമൂഹത്തിന്റേയോ, സംസ്ഥാനത്തിന്റേയോ രാജ്യത്തിന്റേയോ ആരോഗ്യ സ്ഥിതി സാധാരണയായി അളക്കാറുള്ളത് അവിടുത്തെ മരണസൂചികകളുമായി ബന്ധപ്പെടുത്തിയാണ്. ഈ മാനദണ്ഡം കൊണ്ടു മാത്രം ആരോഗ്യ സ്ഥിതിയെ കൃത്യമായി അളക്കാൻ കഴിയില്ലെന്നത് ഒരു വസ്തുതയാണ്. പക്ഷെ, മറ്റ് സൂചകങ്ങളൊന്നും ഇത്രക്കുപോലും പ്രായോഗികമല്ലാത്ത സ്ഥിതിക്ക്, മരണ സൂചകങ്ങൾ തന്നെ ഉപയോഗിക്കുകയാണ് സാധാരണ ചെയ്യാറുള്ളത്. രോഗാതുരതയും പ്രവൃത്തി ചെയ്യാനുള്ള കഴിവുകേടുമാണ് മറ്റ് സൂചകങ്ങൾ. ഈ രണ്ടു ഘടകങ്ങളും എങ്ങിനെ കണക്കാക്കുമെന്ന് പ്രധാന പ്രശ്നമായി അവശേഷിക്കുന്നു. രോഗാതുരതയെ കൃത്യമായി നിർവചിക്കാൻ തന്നെ പ്രയാസമുണ്ട്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ നിർവചനത്തിൽ, സാധാരണ നിലയിൽ നിന്ന് വസ്തുനിഷ്ഠമോ ആത്മനിഷ്ഠമോ ആയ ഏത് വ്യതിയാനവും രോഗാതുരതയാണ്. മരണം പോലും ആൾക്കാർ കൃത്യമായി റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യുന്നില്ലെന്നതാണ് ഇന്നത്തെ അവസ്ഥ. ചിലർ മരണം റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യാറേയില്ല. രോഗാതുരതയുടെയും, ജോലി ചെയ്യാനുള്ള കഴിവുകേടിന്റേയും കാര്യത്തിൽ പിന്നെ പറയേണ്ടതില്ലല്ലോ. ഇവയ്ക്കെല്ലാം പുറമെ, ആത്മഹത്യാ നിരക്ക്,മയക്കു മരുന്നിന് അടിമപ്പെടൽ തുടങ്ങിയ ഘടകങ്ങളും ഒരു സമൂഹത്തിന്റെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതി കണക്കാക്കാനായി ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.

മരണം, രോഗാതുരത, ജോലിചെയ്യാനുള്ള കഴിവുകേട് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട കാര്യങ്ങളെപ്പറ്റി നിലവിലുള്ള വിവരങ്ങൾ വിശകലനം ചെയ്യാനാണിവിടെ ശ്രമിക്കുന്നത്.

1 മരണ സൂചകങ്ങൾ:

പൊതു മരണനിരക്ക്, ശിശുമരണനിരക്ക്, പ്രതീക്ഷിത ആയുസ്സ്, വയസ്സനുസരിച്ചുള്ള മരണനിരക്ക് എന്നിവയാണ് സാധാരണയായി ഉപയോഗിക്കുന്ന മരണ സൂചകങ്ങൾ. ഇതിൽ ശിശുമരണ നിരക്കാണ് പ്രധാനമായിട്ടുള്ളത്. 1911 - 1922 മുതൽ 1982 വരെ കേരളത്തിലും ഇന്ത്യയിലുമുള്ള ശിശുമരണ നിരക്ക് പട്ടിക ഒന്നിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു. ഈ നൂറ്റാണ്ടിന്റെ ആദ്യം മുതൽ തന്നെ കേരള ത്തിലെ ശിശുമരണ നിരക്കിൽ ഇന്ത്യയിലേതിനെ അപേക്ഷിച്ച് നേരിയ കുറവ് മാത്രമെ ഉണ്ടായിരുന്നുള്ളൂ. ഉദാ: 1921 സംസ്ഥാന ത്തെ ശിശുമരണ നിരക്ക് 218 ആയപ്പോൾ ഇന്ത്യയിലേത് 228 ആയിരുന്നു. ഈ സ്ഥിതി 1957 - 60 വരെ തുടർന്നു. എന്നാൽ, 1961 - 70 ദശകത്തിൽ, ഈ നിരക്കിൽ പ്രകടമായ മാറ്റമുണ്ടായി. കേരള ത്തിലെ നിരക്ക് വെറും 60 ആയി കുറഞ്ഞപ്പോൾ ഇന്ത്യയിലേത് 114 ആയിരുന്നു. തുടർന്നുള്ള വർഷങ്ങളിൽ കേരളത്തിലെ ശിശുമരണ നിരക്കിൽ കുറവ് വന്നത് വളരെ പെട്ടെന്നായിരുന്നു. 1982 ഇന്ത്യയിലെ നിരക്കിന്റെ മൂന്നിലൊന്നു മാത്രമായിരുന്നു കേരള ത്തിലേത്.

പട്ടണങ്ങളിൽ ഈ വ്യത്യാസം അത്രക്കൊന്നും പ്രകടമായി രുന്നില്ല. അതേ സമയം, മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ ഗ്രാമ–നഗര വ്യത്യാ സങ്ങളെ ഈ കണക്കുകൾ നന്നായി പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നതായി കാണാം. കേരളത്തിലേത് ഒരു തരം 'ഗ്രാഗര' വ്യവസ്ഥയായിട്ടാണ് കണക്കാക്കുന്നത്.

ശിശുമരണ നിരക്കും, പ്രസവ സമയത്തെ മരണ നിരക്കും കേരള ത്തിൽ കുറഞ്ഞിരിക്കാനുള്ള ഒരു കാരണം ഗ്രാമത്തിലായാലും നഗര ത്തിലായാലും, പ്രസവ സമയത്ത് വൈദ്യ ശുശ്രൂഷ കിട്ടുന്നു എന്ന താണ്. ഈ സാദ്ധ്യത കേരളത്തിൽ പൊതുവെ കൂടുതലാണെ ന്നാണ് പട്ടിക 1.2 ഉം 1.3 ഉം വ്യക്തമാക്കുന്നത്.

പട്ടിക 1.

കേരളത്തിലേയും ഇന്ത്യയിലേയും ശിശുമരണ നിരക്ക്.

വർഷം	കേരളം	ഇന്ത്യ.
1911-1920	242	278
1921-1930	218	228
1931-1940	175	207
1941-1950	153	192
1951-1960	128	140
1961-1970	66	114
1971	61	129
1981	37	110
1982	30	105

അടിസ്ഥാനം: ജനസംഖ്യയേയും കുടുംബാസൂത്രണത്തേയും സംബന്ധിച്ച 'ഫാക്ട്' പുസ്തകം, ജനസംഖ്യാ ഗവേഷണ കേന്ദ്രം, തിരുവനന്തപുരം, 1974; സാമ്പത്തിക റിവ്യൂ, 1982, സംസ്ഥാന ആസൂത്രണ ബോർഡ്; തിരുവനന്തപുരം.

ജല വിതരണത്തിലെ വ്യത്യാസം പ്രത്യേകിച്ചും കുളങ്ങളെക്കാൾ കൂടുതലായി അരുവികൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതും വെള്ളം തിളപ്പിച്ച് കുടിക്കുന്നതും കേരളവും ബംഗാളുമായുള്ള മരണ നിരക്കിലെ വ്യത്യാസത്തിന്ന് ചെറിയൊരു കാരണമായി നാഗ് (1983) പറയുന്നു.

ഇന്ത്യൻ നിലവാരവുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ കേരളത്തിലെ ഗ്രാമങ്ങളും ഗ്രാമീണരും പൈപ്പ് വെള്ളം ഉപയോഗിക്കുന്ന

തിൽ വളരെ പിന്നിലാണെന്ന് പി.ജി.കെ.പണിക്കർ (1985) സൂചിപ്പിക്കുന്നു. കേരളത്തിലെ 37% ഗ്രാമങ്ങളിലും 71% ഗ്രാമീണർക്കും പൈപ്പ് വെള്ളം കിട്ടുന്നില്ല. രോഗാതുരതയും മറ്റ് അവസ്ഥകളും ഇന്ത്യയിലെ ഇതര പ്രദേശങ്ങളിലേത് പോലെ തന്നെയാണ് കേരളത്തിലുമെന്നാണ് ടി.എൻ.കൃഷ്ണൻ (1985) അഭിപ്രായപ്പെടുന്നത്. ജലവിതരണം, സാനിറ്റേഷൻ, തുടങ്ങിയ പ്രതിരോധ നടപടികളേക്കാളുപരി, ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളാണ് കേരളത്തിലെ മരണനിരക്ക് കുറക്കാനിടയാക്കിയതെന്നാണ് അദ്ദേഹത്തിന്റെ അഭിപ്രായം.

പട്ടിക 1.1

ശിശുമരണനിരക്ക് ഗ്രാമത്തിലും നഗരത്തിലും. ഇന്ത്യയും കേരളവും
1970-72,1974-76,1979-80.

വർഷം	ഗ്രാമങ്ങൾ		നഗരങ്ങൾ	
	കേരളം	ഇന്ത്യ	കേരളം	ഇന്ത്യ
1970	**56**	**136**	**40**	**90**
1971	**58**	**108**	**45**	**82**
1972	**66**	**150**	**43**	**85**
1974	**56**	**136**	**44**	**74**
1975	**57**	**151**	**36**	**84**
1976	**56**	**139**	**47**	**80**
1979	**45**	**130**	**30**	**72**
1980	**41**	**124**	**34**	**65**

അവലംബം: റജിസ്ട്രാർ ജനറൽ ആപ്പീസ്സ്;ആഭ്യന്തര മന്ത്രാലയം ന്യൂഡൽഹി – 1983.

പട്ടിക 1.2

പ്രസവ സമയത്തെ വൈദ്യ ശുശ്രൂഷാസാദ്ധ്യത, ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങൾ 1972-80
(ജനന ശതമാനം)

വർഷം	സ്ഥാപനം	വിദഗ്ധർ		വിദഗ്ധരല്ലാത്തവർ
		പരിശീലനം കിട്ടിയത്	പരിശീലനം കിട്ടാത്തത്	
1972	25.1	19.3	38.9	16.5
1973	26.0	20.4	36.2	17.4
1974	28.1	20.8	37.5	13.2
1975	28.8	21.3	34.8	14.3
1976	32.1	19.8	32.6	14.8
1977	35.6	17.6	31.8	13.9
1978	40.8	16.4	40.6	2.2
1979	45.4	27.5	25.9	1.2
1980	46.6	24.4	28.2	0.7

അവലംബം: സാമ്പിൾ റജിസ്ട്രേഷൻ, കേരള വർഷാന്ത റിപ്പോർട്ട് –1983

പട്ടിക 1-3

പ്രസവത്തിനു മുൻപും പിൻപുമുള്ള ശ്രദ്ധ – കേരളം

	ICDS പ്രദേശം	ICDS അല്ലാത്തവ
ആസ്പത്രിപ്രസവം	90.35	97.84
ആരോഗ്യ സ്റ്റാഫ് ശ്രദ്ധിച്ചത്	92.69	99.31
ടെറ്റ്നസ് 1st ഡോസ്	83.61	87.65
ടെറ്റ്നസ് 2nd ഡോസ്	88.67	93.69

അവലംബം: തങ്കപ്പൻ & രാമൻ കുട്ടി (1989)

ഈ അഭിപ്രായം പണിക്കരും സോമനും (1984) കൂടുതൽ വിശദമാക്കിയിരുന്നു. വിര രോഗ നിരക്ക് കേരളത്തിൽ ഇന്നും വളരെ കൂടുതലാണ്. 5-17 പ്രായത്തിൽ പെട്ട സ്കൂൾ വിദ്യാർത്ഥികളിൽ നടത്തിയ ഒരു സർവെ പ്രകാരം അവരിൽ 90% ഉരുണ്ട വിര, കൊക്കപ്പുഴു, നാടവിര എന്നിവയിൽ ഏതിന്റേയെങ്കിലും ആക്രമമുണ്ടായിരുന്നു. ഇവരിൽ 70% ത്തിലധികം പേർക്ക് ഉരുണ്ട വിര പിടിപെട്ടിട്ടുണ്ട്. ഛർദ്ദ്യതിസാരം ബാധിച്ച് ആ സ്പത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടി വന്ന കുട്ടികളുടെ എണ്ണം 1964 മുതൽ 1980 വരെ 20% എന്ന തോതിൽ സ്ഥിരമായി നിൽക്കുന്നുവെന്നതാണ് ആസ്പത്രി കണക്കുകൾ കാണിക്കുന്നത്. പ്രായപൂർത്തിയായവരിലും ഈ നിരക്ക് ഏതാണ്ട് തുല്യമായിരുന്നു. പരിസര ശുചിത്വമില്ലായ്മ, പ്രത്യേകിച്ചും കുടിവെള്ളത്തിലും, മാലിന്യ നിർമാർജ്ജനത്തിലുമുള്ള തകരാറുകൾ ആണ് ഇതിന് പ്രധാന കാരണമെന്നാണ് പണിക്കരും സോമനും ചൂണ്ടിക്കാട്ടുന്നത്,

1980–ൽ കേരളത്തിലെ മൂന്ന് ജില്ലകളിൽ നിന്നായി 150 ഗ്രാമങ്ങളിലെ 3000 കുടുംബങ്ങളിൽ നടത്തിയ സർവെ വിവരങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് സഖറിയയും പട്ടേലും (1982) റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യുന്നുണ്ട്. 1950 മുതൽ 1980 വരെ വിവാഹിതകളായ സ്ത്രീകളുടെ 9400 പ്രസവങ്ങളാണ് സർവ്വെയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയത്. ഇതിൽ മരണനിരക്ക്, ജലവിതരണം, സാനിറ്റേഷൻ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച കണക്കുകൾ പട്ടിക 1.4 ലും 1.5 ലും കൊടുക്കുന്നു.

പട്ടിക 1.4

കേരള സംസ്ഥാനം: നവജാതരുടേയും ശിശുക്കളുടേയും കുട്ടികളുടേയും മരണ നിരക്ക്, ജനസംഖ്യയിൽ 1000 ന് കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സനുസരിച്ച് മരണ നിരക്ക്.

വെള്ള സ്രോതസ്സ്	നവജാത	ശിശു	കുട്ടി
	1970-80	1970-80	1970-75
പൈപ്പ്	**39**	**49**	**27**
കിണർ	**44**	**56**	**33**
മറ്റുള്ളവ	**34**	**44**	**29**

അവലംബം: സഖറിയ& പട്ടേൽ (1982)

പട്ടിക 1.5

കേരള സംസ്ഥാനം: നവജാത, ശിശു, കുട്ടികളുടെ മരണനിരക്ക് 10,000 ജനസംഖ്യക്ക്–കക്കൂസ് ലഭ്യത അനുസരിച്ച്

മരണനിരക്ക് കക്കൂസ് ലഭ്യത	നവജാതം	ശിശു	കുട്ടി
	1970-80	1970-80	1970-75
ഫ്ലഷ് കക്കൂസ്	**38**	**46**	**26**
വെറും കക്കൂസ്	**34**	**41**	**13**
ഒന്നുമില്ലാത്തത്	**45**	**56**	**36**

അവലംബം: സഖറിയ&പട്ടേൽ (1982)

ഇതു പ്രകാരം ജല വിതരണം മരണനിരക്ക് കുറക്കുന്നില്ല (പട്ടിക–1.4 കാണുക). കക്കൂസ്സ് ഇല്ലാത്ത അവസ്ഥയേക്കാൾ ഓരോ കക്കൂസ്സും മരണനിരക്ക് കുറക്കുന്നു. എന്നാൽ ഫ്ലഷ് കക്കൂസ്സ് മരണ നിരക്കുമായി കൂടുതൽ ബന്ധപ്പെട്ടതാണെന്നത് അത്ഭുതകരമായി രിക്കുന്നു (പട്ടിക 1.5 കാണുക). താഴെ കൊടുത്ത വിഭേദകങ്ങളു മായി ബന്ധപ്പെടുത്തി പലതരത്തിലുള്ള അപഗ്രഥനങ്ങൾ ഇതിനകം നടത്തിയിട്ടുണ്ട്. അമ്മമാരുടെ വിദ്യാഭ്യാസം, ജാതി, ഇരട്ട പ്രസ വമോ അല്ലയോ, പ്രസവങ്ങൾക്കിടയിലെ കാലദൈർഘ്യം, പ്രതിശീർഷകു ടുംബ ചെലവ്, ഭൂവുടമസ്ഥത, ജല വിതരണം, സാനിറ്റേഷൻ എന്നി വയാണ് ബന്ധപ്പെട്ട ഘടകങ്ങൾ. നവജാതരിലേയും ശിശുക്കളി ലേയും മരണനിരക്കിന് ജല വിതരണമോ, സാനിറ്റേഷ നോ തമ്മിൽ കാര്യമായ ബന്ധമില്ലെന്ന് കാണാം. കുട്ടിക്ക് ഇഴയാനോ, നടക്കാനോ കഴിയുന്നതിലൂടെയാണ് ഇവ തമ്മിലുള്ള ബന്ധം കൂടി വരുന്നതെ ന്നാണ് ഈ പഠനങ്ങൾ വെളിവാക്കുന്നത്.

പട്ടിക 1.6

കേരളത്തിലെ ശിശുമരണനിരക്ക്

വർഷം	ശിശുമരണനിരക്ക്	%കുറവ്
1966	**68.3**	**----**
1976	**56.5**	**17.3**
1980	**42.5**	**24.7**
1981	**39.1**	**8.0**

അവലംബം: ഡയറക്ടറേറ്റ്, ഇക്കണോമിക്സ് & സ്റ്റാറ്റിസ്റ്റിക്സ് കേരള സർക്കാർ; സാമ്പിൾ റജിസ്ട്രേഷൻ വാർഷിക റിപ്പോർട്ട് 1983

മരണനിരക്ക് കുറയാനുള്ള പ്രധാന കാരണങ്ങൾ:

ഇതര സംസ്ഥാനങ്ങളുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുമ്പോൾ കേരളത്തിലെ രോഗാതുരതയുടെ നിരക്കിലും കാരണത്തിലും വ്യത്യാ സമില്ലെങ്കിലും ഇവിടുത്തെ മരണനിരക്ക് ഇന്ത്യയിലേതിന്റെ പകുതി യായി കുറഞ്ഞിരിക്കാൻ കാരണമായതെന്തൊക്കെയെന്ന് പരിശോ ധിക്കേണ്ടതുണ്ട്. വലിയൊരു ശതമാനം ജനങ്ങൾ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്തിയെന്നതും പ്രതിരോധ കുത്തിവെ പ്പുകൾ വ്യാപകമായി നടന്നുവെന്നതുമാണ് ഇതിന് പ്രധാന കാരണങ്ങൾ. പട്ടിക 1.7 കാണുക.

2.1.1 മരണനിരക്കുകളുടെ തോത്

കേരളത്തിലെ മരണനിരക്ക് ഇന്ത്യയെ അപേക്ഷിച്ച് വളരെ കുറവാണ്. 1930–ൽ ഇത് 1000 പേർക്ക് 25 ആയിരുന്നെങ്കിൽ 1986–ൽ 6.4 ആണ്. ഏറ്റവും കുറവുണ്ടായത് ശിശുമരണനിരക്കിലാണ്. കേരളത്തിൽ ഒരു വയസ്സിന് മുമ്പ് ഒരു ശിശു മരിക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യ തയേക്കാൾ നാലിരട്ടിയാണ് ഇന്ത്യയിൽ മൊത്തത്തിൽ നിലവി ലുള്ളത്. (പട്ടിക 1.8)

പട്ടിക 1.7

തെരഞ്ഞെടുത്ത 10 രോഗങ്ങളാൽ ഇന്ത്യയിലേയും കേരളത്തിലേയും ഗ്രാമങ്ങളിലുണ്ടായ മരണം % കണക്കിൽ 1981

രോഗം	കേരളം	ഇന്ത്യ
ആസ്ത്മ & ബ്രോങ്കയിറ്റസ്	7.6	9.0
ന്യൂമോണിയ	2.1	5.9
ശ്വാസകോശ ക്ഷയം	3.6	5.5
ഹൃദ്രോഗം	11.8	4.7
വിളർച്ച	2.6	3.2
ടൈഫോയിഡ്	0.3	3.2
ഗ്യാസ്ട്രോ എന്ററൈറ്റിസ്	1.0	2.8
കാൻസർ	8.9	2.5
തളർച്ച/പോഷകക്കുറവ്	----	1.8
ടെറ്റനസ്	0.3	1.8
ആകെ	38.1	40.4

അവലംബം: റജിസ്ട്രാർ ജനറലിന്റെ ആപ്പീസ്സ്: മരണകാരണം സർവ്വെ–1981

1930-കളിൽ, പ്രതീക്ഷിത ആയുർ ദൈർഘ്യം ഇന്ത്യയിലും കേരളത്തിലും ഏതാണ്ട് തുല്യമായിരുന്നു, 32-33 വയസ്സ്. എന്നാൽ, ഇന്ന് പുരുഷനും സ്ത്രീക്കും യഥാക്രമം കേരളത്തിൽ 67ഉം 70ഉം വയസ്സാണ്. ഇതാകട്ടെ, ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയേക്കാൾ 12വയസ്സ് കൂടുതലാണ്. ജനന സമയത്ത് പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം കൂടുതൽ സ്ത്രീകൾക്കാണ്. ഇതും ഇന്ത്യയുടേതിൽ നിന്ന് പ്രകടമായി വ്യത്യാസപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ഇന്ത്യയിൽ സ്ത്രീകളുടെ പ്രതീക്ഷിത ആയുസ്സ് പുരുഷന്റേതിനേക്കാൾ കുറവാണ്.

1982 ലെ കേരളത്തിലെ ശിശുമരണനിരക്ക് (30/1000 ജീവനുള്ള ശിശുക്കൾ) ശ്രീലങ്ക (30),കൊറിയ (32), പനാമ (33), യൂഗോസ്ലാവിയ (34) എന്നിവിടങ്ങളിലേതിനോട് തുല്യവും കൊളമ്പിയ (54) യെക്കാൾ ഭേദവും, മിക്ക വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലേതിനേക്കാൾ മെച്ചപ്പെട്ടതുമായിരുന്നു (ലോകവികസന റിപ്പോർട്ട് 1984).

പട്ടിക 1.8

മരണനിരക്ക് സംബന്ധിച്ച് ചില കണക്കുകൾ കേരളം, ഇന്ത്യ 1951-1981

ദശാബ്ദം		മരണ നിരക്ക്	പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം		5 വയസ്സ് മുമ്പ് മരണ സാദ്ധ്യത
			പുരു	സ്ത്രീ	
1951-61	കേരളം	19.7	44.3	45.3	.181
	ഇന്ത്യ	28.5	36.4	35.7	.292
1961-71	കേരളം	12.2	54.1	57.4	.128
	ഇന്ത്യ	20.6	44.1	43.6	.237
1971-81	കേരളം	8.6	60.6	62.6	.082
	ഇന്ത്യ	15.3	51.6	50.2	.199

അവലംബം: മേരിഭട്ട് PN (1987)

1911-20–ൽ കേരളത്തിലെ ശിശുമരണനിരക്ക് 242ഉം ഇന്ത്യയിലേത് 272ഉം ആയിരുന്നു. പിന്നീട് രണ്ടും കുറഞ്ഞെങ്കിലും പ്രകടമായ വ്യത്യാസം കേരളത്തിലുണ്ടായിരുന്നു.

വയസ്സനുസരിച്ചുള്ള മരണനിരക്ക്:

1911-81 കാലയളവിൽ എല്ലാ വയസ്സ് ഗ്രൂപ്പിൽ പെട്ടവരുടേയും മരണനിരക്കിൽ കുറവുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. കൂടുതൽ മാറ്റം ശിശുമരണ നിരക്കിലും കുറഞ്ഞ മാറ്റം പ്രായമായവരുടെ കാര്യത്തിലുമാണ് (ലീലാഗുലാത്തി& ഇരുദയ രാജൻ – 1988). 0-4 വയസ്സിനിടയിലെ മരണനിരക്ക് 1971–ൽ 24.5 ആയിരുന്നെങ്കിൽ 1981–ൽ 12.2 ആയി കുറഞ്ഞു. 1971-നെ അടിസ്ഥാന വർഷമായെടുത്താൽ ഈ കുറവ് 50 ശതമാനത്തോളം വരും. എന്നാൽ 70 വയസ്സും അതിൽ കൂടുതലുള്ളവരിലും കുറവ് 16 ശതമാനം മാത്രമാണ്.

പട്ടിക 1.9

ഇന്ത്യയിലേയും കേരളത്തിലേയും മരണനിരക്ക്

വർഷം	കേരളം	ഇന്ത്യ
1975	8.5	15.9
1976	8.3	15
1977	7.5	14.7
1978	7.2	14.2
1979	6.9	12.8
1980	7.0	12.4
1981	6.9	12.5
1982	6.6	11.9
1983	6.7	11.9
1984	6.4	11.9
1985	6.4	11.9
1986	6.4	11.9

(അവലംബം: കേരള സർക്കാർ–1989)

മരണനിരക്കും ലിംഗ വ്യത്യാസവും:

1971–ൽ എല്ലാ വയസ്സ് ഗ്രൂപ്പിലും പെട്ട പുരുഷൻമാരുടെ മരണനിരക്കായിരുന്നു സ്ത്രീകളുടെ മരണനിരക്കിനേക്കാൾ കൂടുതൽ. എല്ലാ വികസിത രാജ്യങ്ങളിലും കണ്ടുവരുന്ന പ്രവണതയും ഇതു തന്നെയാണ്. സ്ത്രീകൾക്കെതിരെ പ്രത്യേക അവഗണന ഇല്ലെങ്കിൽ പുരുഷൻമാരേക്കാൾ പ്രതീക്ഷിത ആയുസ്സ് അവർക്ക് കൂടുതലായിരിക്കും. ഇത് കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ചേടത്തോളവും ശരിയായിരുന്നതിനാൽ കേരളത്തിലെ ലിംഗ അനുപാതം സ്ത്രീകൾക്ക് അനുകൂലമായിരുന്നു. കേരളത്തിൽ 1000 പുരുഷൻമാർക്ക് 1032 സ്ത്രീകൾ എന്നതായിരുന്നു കണക്ക്. ഇന്ത്യയിലിത് 935 ആയിരുന്നു(1981 ലെ കണക്കുകൾ). മരണനിരക്കിലെ മാറ്റങ്ങളും സ്ത്രീകൾക്കനുകൂലമായിരുന്നു. 1971–ൽ 0-4 വയസ്സുകാരായ ആൺകുട്ടികളിൽ മരണനിര

ക്ക് 24.5–ൽ നിന്ന് 13.3 ആയപ്പോൾ പെൺകുട്ടികൾക്കിടയിലെ കുറവ് 24.4 –ൽ നിന്ന് 11 ആയിരുന്നു.

പട്ടിക 1.10

വയസ്സനുസരിച്ച് മരണനിരക്ക്: ഇന്ത്യ, കേരളം (ഗ്രാമപ്രദേശം) 1975

	കേരളം		ഇന്ത്യ	
വയസ്സ് ഗ്രൂപ്പ്	M	F	M	F
0-4	20.3	21.6	52.4	57.7
5-9	2.3	1.9	4.4	5.2
10-14	1.0	1.3	2.0	2.2
15-19	1.0	1.3	2.1	3.8
20-24	2.1	1.7	2.6	4.7
25-29	2.8	3.1	3.1	4.4
30-34	2.6	1.1	4.1	5.3
40-44	6.0	2.9	8.2	6.8
45-49	8.9	4.3	13.2	9.6
50-54	13.0	7.6	15.0	14.6
55-59	21.1	12.4	28.7	23.6
60-64	26.1	16.7	39.6	33.3
65-69	47.4	40.5	59.0	53.7
70 +	101.7	93.9	120.3	106.4
എല്ലാ വയസ്സുഗ്രൂപ്പുകളും	8.2	8.8	15.5	16.3

(അവലംബം: റജിസ്ട്രാർജനറൽ ആപ്പീസ്

സിവിൽ റജിസ്ട്രേഷൻ - 1975-77)

2 പ്രത്യുൽപ്പാദന സൂചകങ്ങൾ

2.2.1 ജനസംഖ്യയുടെ വളർച്ചയും വ്യാപ്തിയും:

കേരളത്തിൽ പൊതുവെ എല്ലായിടത്തും ഒരുപോലെ വ്യാപിച്ചു കിടക്കുന്നതും സാന്ദ്രവുമായ ജനസംഖ്യയാണുണ്ടായത്.

Demographic transition ന്റെ കാര്യത്തിലും കേരളത്തിലെ ജനസംഖ്യ വളരെ മുന്നോക്കമാണ്. വലുതെങ്കിലും വേഗത്തിൽ കുറഞ്ഞു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന വളർച്ച നിരക്ക്, ശരാശരി ഉയർന്ന വിവാഹപ്രായം, കുടുംബാസൂത്രണ മാർഗ്ഗങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിലെ വർദ്ധന, താരതമ്യേന താഴ്ന്ന പ്രത്യുൽപ്പാദനനിരക്ക്, വളരെ കുറഞ്ഞതും മെല്ലെ കുറഞ്ഞുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതുമായ മരണനിരക്ക്,കൂടിയ ജന സംഖ്യാ ചലനം എന്നിവ. ജനസംഖ്യയാവട്ടെ, സാക്ഷരതയിലും സ്കൂൾ വിദ്യാഭ്യാസത്തിലും പൊതുവെ മുൻനിരയിലാണുതാനും. അടുത്തകാലംവരെ ,അഖിലേന്ത്യാ ശരാശരിയുമായി തട്ടിച്ചു നോക്കിയാൽ, കേരളത്തിന്റെ ജനനനിരക്ക് വളരെ 'കൂടുതലാ യിരുന്നു. 1901 നും 1981 നും ഇടയിൽ സംസ്ഥാനത്തെ ജനസംഖ്യ 292 ശതമാനം വർദ്ധിച്ചപ്പോൾ, അഖിലേന്ത്യാടിസ്ഥാനത്തിൽ 181% മാത്രമായിരുന്നു. എന്നാൽ 1971-81 ദശകത്തിൽ കേരളത്തിലെ വർദ്ധന– 1.7.% –ഇന്ത്യൻ ശരാശരി2.2% ത്തേക്കാൾ കുറവായിരുന്നു. കേരളത്തിൽ ഇത് വീണ്ടും കുറയാനുള്ള സാദ്ധ്യതയുണ്ടെങ്കിൽ, ഇന്ത്യയിൽ മൊത്തത്തിലുള്ള സ്ഥിതി അങ്ങനെയല്ല. 1901- മുതൽ 1971 വരെ ഓരോ സെൻസസ് കണക്കിലും കേരളത്തിലെ ജനസംഖ്യാവർദ്ധന നിരക്ക് ഇന്ത്യൻ ജനസംഖ്യാവർദ്ധന നിരക്കിനേക്കാൾ ഉയർന്ന തോതിൽ കൂടിക്കൊണ്ടിരിക്കയായിരുന്നു. ഇതിന്റെ കാരണം, പ്രത്യേകിച്ചും 1941-71 മരണത്തിൽ ഗണ്യമായ കുറവുണ്ടായപ്പോഴും ജനനനിരക്ക് സ്ഥിരമായി നിന്നു എന്നതാണ്. മരണനിരക്ക് 1930-31–ൽ 9 ആയി കുറഞ്ഞപ്പോൾ, ജനനനിരക്ക് 40–ൽ നിന്ന് 31 മാത്രമായാണ് കുറഞ്ഞത്.

എന്നാൽ 1971-81 ദശകത്തിൽ മരണനിരക്കിലും ജനനനിര ക്കിലും ഒരേപോലെ കുറവുണ്ടായി. മരണനിരക്കിലെ കുറവിനേ ക്കാൾ കുറവാണ് ജനനനിരക്കിലെ കുറവെന്നതിനാൽ മൊത്തം ജനസംഖ്യാ നിരക്ക് പിന്നെയും താഴുകയുണ്ടായി. കേരളമാണ് ഇന്ത്യയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ജനസാന്ദ്രതയുള്ള സംസ്ഥാനം – ച.കിലോമീറ്ററിന് ശരാശരി 654 പേർ; ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയാവട്ടെ 221 മാത്രമാണ്.

പട്ടിക 2

ഇന്ത്യയിലേയും കേരളത്തിലേയും ജനസംഖ്യാവളർച്ച (1911-1981)

വർഷം	കേരളത്തിലെ ജനസംഖ്യ (1000-ൽ)	വാർഷിക വളർച്ചാനിരക്ക് % കേരളം	ഇന്ത്യ
1901	6396	---	---
1911	7148	1.90	0.56
1921	7802	0.90	0.03
1931	9507	1.98	1.04
1941	11032	1.50	1.33
1951	135049	2.08	1.25
1961	16904	2.24	1.95
1971	21347	2.26	2.22
1981	25454	1.74	2.22

(അവലംബം: സെൻസസ് - 1981 ലീല & രാജൻ- 1988)

2.2.2. പ്രത്യുൽപാദന നിരക്കും മാറ്റങ്ങളും

കേരളത്തിലെ ജനനനിരക്ക് ഇന്ത്യയിലേതിനേക്കാൾ വളരെ കുറവാണ്. ജനനനിരക്കിലെ ഈ വ്യത്യാസം ആദ്യംമുതൽക്കെ തുടർന്നുവരുന്നതാണ്. പട്ടിക 2–1 കാണുക.

1971ലും 1981ലും നഗരപ്രദേശങ്ങളിലെ മൊത്തം പ്രത്യുത്പാദന നിരക്ക് (TFR) ഗ്രാമങ്ങളിലേ തിനേക്കാൾ നേരിയതോതിൽ കുറവായിരുന്നു. ഇതേ കാലയളവിൽ TFR ലെ കുറവ് 32 ശതമാന മായിരുന്നു. ഗ്രാമങ്ങളിൽ ഇത് 31 ശതമാനവും നഗരങ്ങളിൽ 37 ശതമാനവുമായിരുന്നു.

പട്ടിക – 2.1

Crude ജനനനിരക്ക് കേരളത്തിലും ഇന്ത്യയിലും

വർഷം	കേരളം	ഇന്ത്യ
1971	32	37
1972	30	37
1973	27	35
1974	28	35
1975	28	35
1976	26	34
1977	25	33
1978	25	33
1979	26	33
1980	27	33
1981	26	33
1982	26	33.8
1983	25	33.6
1984	23	33.8
1985	23	---
1986	22	---
1987	21	32

(അവലംബം: കേരള സർക്കാർ – 1989)

1971-81 ദശകത്തിൽ, എല്ലാ വയസ്സ് ഗ്രൂപ്പിൽ പെട്ടവരേയും Specific fertility കുറയുകയുണ്ടായി. ഇത് ഏറ്റവും പ്രകടമായിട്ടുള്ളത് 30 വയസ്സിന് മുകളിലുള്ളവർക്കാണ്. ഏറ്റവും കൂടുതൽ ഇത് പ്രകടമാകുന്നത് 35-39 വയസ്സ്കാർക്കും രണ്ടാമത് 39-44 പ്രായക്കാർക്കും ഇടയിലാണ്. ഗ്രാമത്തിലും, നഗരത്തിലും ഈ

വ്യത്യാസം കാണാമെങ്കിലും കൂടുതൽ വ്യക്തമായത് നഗരങ്ങ ളിലാണ്. ഈ പ്രതിഭാസത്തെ കുറിച്ചുള്ള അപഗ്രഥന ത്തിൽ നിന്ന് രണ്ട് കാര്യങ്ങൾ വ്യക്തമാകുന്നു. ഒന്ന്, ഇവിടെ കൂടു തൽ പ്രസവം ഒഴിവാക്കാൻ സ്ത്രീകൾ ശ്രമിക്കുന്നു. രണ്ടാമതായി വിവാഹപ്രായം ഉയർന്നതായതിനാൽ 15-19 പ്രായത്തിന്നിടയിലെ പ്രസവം കുറവാണ്. (ലീല & രാജൻ 1988)

2000 ആണ്ടാകുമ്പോഴേക്കും ഒരാൾക്ക് ഒരാൾ എന്ന നിലയി ലേക്കെത്താൻ ഇന്ത്യ ശ്രമിച്ചു വരികയാണ്. SRS റിപ്പോർട്ടുകൾ അനുസരിച്ച് 1985 –ൽ തന്നെ കേരളം ഈ ലക്ഷ്യം ഏതാണ്ട് നേടിക്കഴിഞ്ഞിരിക്കയാണ്. കേരളത്തിലെ മരണനിരക്ക് 21 ആണ്. ഇത് രണ്ടും ചില വികസിത രാജ്യങ്ങളിലേതിനോട് തുല്യമാണ്. ഇന്ത്യയിലെ ജനനനിരക്ക് 33.6ആയി കഴിഞ്ഞ ഒരു ദശകത്തിൽ സ്ഥിരമായി നിൽക്കുകയാണ്. ഇസ്രയേലിന്റെ ജനനനിരക്ക് 1982–ൽ 24 ആയിരുന്നു. ഇതിന് തുല്യമായി നിൽക്കുന്ന മറ്റ് രാജ്യ ങ്ങൾ ചിലി (23), പോർച്ചുഗൽ (18), ചൈന (19), അൽബേനിയ(28), റഷ്യ (19), അയർലന്റ് (20) എന്നിവയാണ് (ലോക വികസന റിപ്പോർട്ട് – 1984).

പ്രത്യൽപാദന നിരക്കിൽ ഇത്രയും കുറവ്, കേരളത്തിൽ അനുഭവപ്പെടാനുള്ള പ്രധാന കാരണങ്ങൾ ഉയർന്ന സാക്ഷരത, ഉയർന്ന വിവാഹ പ്രായം, താഴ്ന്ന ശിശുമരണ നിരക്ക് എന്നിവയാണ്. കുടുംബാസൂത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ലഭ്യതയും ഉപയോഗവു മാണ് മറ്റ് കാരണങ്ങൾ.

2.2.3. വിവാഹമോചനവും വിധവാവിവാഹവും വിവാഹ പ്രായവും.

ഈ നൂറ്റാണ്ടിന്റെ ആദ്യം മുതൽക്ക് തന്നെ മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിലെ വിവാഹ പ്രായം വളരെ ഉയർന്നതായി രുന്നു. അന്ന് കേരളത്തിലെ ശരാശരി വിവാഹ പ്രായം 17.1 ആയിരുന്നു. ഇന്ത്യയിൽ മൊത്തത്തിൽ 13.2ഉം 1981–ൽ ഇത് യഥാക്രമം 21.9ഉം 18.3ഉം ആണ്. വിവിധ വിവാഹ സമ്പ്രദായങ്ങ ളിലെ വയസ്സ് വ്യത്യാസത്തിൽ ഇന്ത്യയിലും കേരളത്തിലും

പ്രകടമായ വ്യത്യാസങ്ങളില്ല. അടുത്ത കാലത്തായി, കേരളത്തിലെ ശരാശരി വിവാഹപ്രായം വീണ്ടും വർദ്ധിച്ചിരിക്കയാണ്.

പട്ടിക 2.2

വയസ്സനുസരിച്ചുള്ള പ്രത്യുത്പാദനനിരക്ക് (1000ത്തിന്)

മൊത്തം പ്രത്യുത്പാദനനിരക്ക് (TFR) 1971-81 കേരളം

വർഷം	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TFR
ഗ്രാമതലം								
1971	49.1	213.9	226.6	175.8	118.4	43.6	6.9	4.2
1976	42.3	195.9	203.9	137.9	8.5	25.2	5.9	3.5
1981	41.9	185.7	173.4	103.3	52.6	20.7	4.3	2.9
നഗരതലം								
1971	66.9	208.6	213.2	147.8	86.1	22.4	5.1	3.8
1976	58.2	178.7	166.1	108.6	54	18.1	5.1	2.9
1981	48.2	170.8	143.3	80	27.6	6.3	2.7	2.4
മൊത്തം								
1971	51.8	213.3	224.5	173.8	113.6	40.6	6.7	4.1
1976	45.2	192.4	196.6	132.1	76.6	23.9	5.8	3.4
1981	42.9	183.4	168.4	99.5	48.7	18.7	4	2.8

കേരളത്തിൽ വിവാഹം ഇന്ന് ഏതാണ്ട് സാർവത്രികമാണ്. എങ്കിലും, കുറഞ്ഞതോതിൽ ഒറ്റയാൻ കുടുംബങ്ങൾ അവിടവിടെയായി ഉണ്ട്. ഇതിൽ പുരുഷൻമാരുള്ളത് ആനുപാതികമായി 2.2ഉം സ്ത്രീകളുള്ളത് 8.9ഉം ആണ്. ഇന്ത്യയിലാകട്ടെ ഇവ ശരാശരി 4.5ഉം 26.5ഉം ആണ്. കുട്ടികൾ ഇല്ലാത്തതോ, കുട്ടികൾ സ്ഥലം വിട്ടു പോയതോ ആയ കുടുംബങ്ങൾ ഉണ്ട്. സ്ത്രീകൾ തനിച്ച് താമസിക്കേണ്ടി വരുന്നത് വിവാഹ മോചനത്താലോ, ഭർത്താവ് ഒഴിവാക്കുന്നതുകൊണ്ടോ, ഭർത്താവിന്റെ മരണം കൊണ്ടോ ആവാം.

1901നും 1981നും ഇടയിൽ വൈധവ്യ നിരക്കിൽ വൻതോതിലുള്ള കുറവുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. ഇത് പുരുഷൻമാരിൽ 3.86 –ൽ നിന്ന് 1.43 ആയും സ്ത്രീകളിൽ 15.72–ൽ നിന്ന് 10.48 ആയും കുറഞ്ഞിരുന്നു. (ലീല &രാജൻ-1988)

2.2.4. വയസ്സും ലിംഗഘടനയും:

വയസ്സ്ഗ്രൂപ്പ് അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ജനസംഖ്യയിൽ, 0-16 വയസ്സുകാർക്കിടയിൽ 1961നും 1981നും ഇടയിൽ കുറവുണ്ടായതായി കാണാം. ഇവർ യഥാക്രമം 42.6% –ൽ നിന്ന് 40.3% ആയും, 1981–ൽ 35% ആയും കുറഞ്ഞു. വൃദ്ധൻമാരുടെ എണ്ണത്തിൽ 1961–ൽ 5.8% ന്റേയും 1971–ൽ 6.2% ന്റേയും 1981–ൽ 7.5ന്റേയും വർദ്ധനവുണ്ടായി. 60 വയസ്സിന്ന് മുകളിലുള്ളവരുടെ എണ്ണം വേഗത്തിൽ (27.6%) വർദ്ധിച്ചപ്പോൾ, 15-59 വയസ്സുകാരുടേത് താരതമ്യേന കുറവായിരുന്നു (11.6%) (1961-81). വൃദ്ധരുടെ എണ്ണം കുട്ടികളുടെ എണ്ണത്തേക്കാൾ വേഗത്തിൽ കൂടി വരികയാണ്. 0-14 വയസ്സുകൾക്കിടയിൽ 1961-71–ൽ 5.5% ന്റേയും, 1971-81 നിടയിൽ 13% ന്റേയും കുറവുണ്ടായി (ലീല & രാജൻ-1988)

2.2.5. ലിംഗ വ്യത്യാസങ്ങൾ:

0-14 വയസ്സിനിടയിലെ ആൺകുട്ടികളുടെ എണ്ണം മൊത്തം പുരുഷൻമാരുടെ എണ്ണത്തിൽ, 1961– ൽ 43.6%വും 1971–ൽ

41.1%വും 1981- ൽ 36.1%വും ആയിരുന്നു. സ്ത്രീകളുടെ എണ്ണത്തിൽ ഇതേ പ്രായത്തിൽ പെട്ട പെൺകുട്ടികളുടെ എണ്ണം 41.7 ഉം, 39.5ഉം, 34ഉം ശതമാനമായിരുന്നു. അതുകൊണ്ട് എല്ലാ സെൻസസ് കാലത്തും 0-14 വയസ്സിൽ പെട്ട പെൺകുട്ടികളുടെ എണ്ണം ആൺകുട്ടികളിലേതിനേക്കാൾ കുറവായിരുന്നു. എന്നാൽ, 15-59 വയസ്സിന്നിടയിലെ പ്രവർത്തനക്ഷമമായ ജനസംഖ്യയിൽ സ്ത്രീകൾ കൂടുതലായിരുന്നു. അതേപോലെ വൃദ്ധരിൽ സ്ത്രീകളായിരുന്നു മൂന്ന് സെൻസസ് കാലത്തും കൂടുതലായിട്ടുണ്ടാ യിരുന്നത്. 1981–ൽ വൃദ്ധരായ പുരുഷൻമാർ 7.2% വും, സ്ത്രീകൾ 7.9% വുമായിരുന്നു.

3. രോഗാതുരതയുടെ സൂചകങ്ങൾ

ഇന്ത്യയുടേതുപോലെത്തന്നെ കേരളത്തിലേയും രോഗാതുരത സംബന്ധിച്ച സ്ഥിതിവിവര കണക്കുകൾ തുലോം പരിമിതമാണ്. മാത്രമല്ല ഈ കണക്കുകൾ മരണനിരക്ക് പോലെ കൃത്യമായി ശേഖരിക്കപ്പെടുന്നുമില്ല.

വികസിത രാജ്യങ്ങളെ സംബന്ധിച്ചു പോലും ഇതുതന്നെയാണ് സ്ഥിതി. കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ച ലഭ്യമായ പഠനങ്ങൾ കാണിക്കുന്നത് ഇവിടത്തെ മരണനിരക്ക് താഴ്ന്നതാണെങ്കിലും രോഗാതുരത ഉയർന്നതാണെന്നാണ്. ദേശീയ സാമ്പിൾ സർവെ സംഘടന (1980) രോഗാതുരതാവിവരങ്ങൾ രണ്ടു തവണ ശേഖരിച്ചിട്ടുണ്ട്. രണ്ടാമത്തേത് 1973 ലായിരുന്നു. സർവേ തീയതിക്ക് തൊട്ടുമുമ്പുള്ള രണ്ടാഴ്ചക്കാലത്തെ രോഗാതുരതാ വിവരങ്ങൾ തെരഞ്ഞെടുത്ത വീടുകളിൽ അന്വേഷണ ദിവസം ഉള്ള എല്ലാവരിൽനിന്നും അന്നത്തെ സന്ദർശകരിൽ നിന്നും ശേഖരിക്കുകയാണ് ചെയ്തത്. അസുഖം, മുറിവ്, വിഷം തീണ്ടൽ എന്നീ ഇനങ്ങളാണ് രോഗാതുരതയുടെ നിർവചനത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയത്. ഈ വിവരങ്ങൾ കൂടാതെ വ്യക്തികളുടെ പ്രായം, സ്ത്രീയോ പുരുഷനോ, അസുഖത്തിന്റെ സ്വഭാവം എന്നിവയും ശേഖരിച്ചു. സർവെ ദിവസം അംഗങ്ങൾക്കുണ്ടായിരുന്ന ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളെപ്പറ്റിയും

വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കി. രോഗാതുരതയുടെ സംഭാവ്യതയും നിലനില്പും കണക്കുകൂട്ടുമ്പോൾ ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ (Chronic diseases) ദേശീയ സാമ്പിൾ സർവെ പരിഗണിക്കുന്നില്ലെങ്കിലും ഇത്തരം അസുഖങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും ശേഖരിച്ചിരുന്നു. ദീർഘ സ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ രോഗാതുരത തിട്ടപ്പെടുത്തുന്നതിൽ ഉൾപ്പെടു ത്താത്തതിനു കാരണം അവർ വ്യക്തമാക്കിയിട്ടില്ല. 1973 ഒക്ടോ ബറിൽ സർവെ ആരംഭിക്കുകയും 1974 ജൂൺ വരെ അത് തുടരു കയും ചെയ്തു. സർവെ കാലമായ ഒമ്പത് മാസത്തെ,മൂന്നു മാസങ്ങൾ കൂടിയ മൂന്നു ഘട്ടങ്ങളായി വിഭജിച്ചിരുന്നു. തെരഞ്ഞെടുത്ത വീടു കളിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചത് അവിടം നേരിട്ട് സന്ദർശി ച്ചാണ്. സംസ്ഥാനതലത്തിൽ ഗ്രാമങ്ങളിലെ 1.23 ലക്ഷം വീടു കളിൽനിന്നും പട്ടണങ്ങളിലെ 0.67 ലക്ഷം വീടുകളിൽ നിന്നും രോഗാ തുരത സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചിരുന്നു. ഇന്ത്യയിലെ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിൽ ഉയർന്ന രോഗാതുരത നിലവിലുണ്ടെന്നാണ് സർവേയുടെ നിഗമനം.

അസുഖങ്ങളിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ' ഇൻഫ്ലുവെൻസ' (പനി) ആയിരുന്നു. പക്ഷെ മിക്ക രോഗങ്ങളും 'മറ്റുള്ളവ, രേഖപ്പെടുത്താത്തത്' എന്ന വിഭാഗത്തിലാണ് പെടുത്തിയിരുന്നത്. ദേശീയ സാമ്പിൾ സർവേ അനുസരിച്ചും കേരളത്തിൽ രോഗങ്ങളുടെ പ്രധാന കാരണം പനിയാണ്.

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ ബാധിച്ചവരുടെ എണ്ണവും കേരളത്തിൽ അധികമാണ് (സർവേക്ഷണ 1980) പട്ടിക 3.1 ദീർഘസ്ഥായീ അസുഖങ്ങൾ പിടിപെട്ടവരുടെ വിവരങ്ങൾ സംസ്ഥാനാടിസ്ഥാനത്തിലും അഖിലേന്ത്യാതലത്തിലും നൽകുന്നു.

കുമാർ, വൈദ്യനാഥൻ എന്നിവരുടെ അഭിപ്രായത്തിൽ കേരളത്തിലെ രോഗാതുരതാ നിരക്ക് ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ ഏറ്റവും ഉയർന്നതാണ്. ഉയർന്ന ജനസാന്ദ്രതയുമായി കേരളത്തിലെ രോഗാവസ്ഥക്ക് അനുലോമകരമായ ബന്ധമാണുള്ളതെന്നും അവർ വാദിക്കുന്നു. മൂന്നുവയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ രോഗത്തിന്റെ സംഭാവ്യതാനിരക്ക് അറിയാൻ രാമൻകുട്ടിയും

മാലതിയും തിരുവനന്തപുരം കോർപ്പറേഷനിൽ രണ്ടു വാർഡുകളിലെ സ്ഥിതി പഠിച്ചതിൽ നിന്ന് മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിലും കുട്ടികളിൽ രോഗാതുരത ഉയർന്നതാണെന്നാണ് കണ്ടെത്തിയത്.

പട്ടിക 3

രോഗാതുരതയുടെ നിരക്ക് ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ ഗ്രാമവും നഗരവും

സംസ്ഥാനം	രോഗാതുരത 1000 ജനസംഖ്യയ്ക്ക്	
	ഗ്രാമം	നഗരം
ആന്ധ്രാപ്രദേശ്	31.94	27.84
ആസാം	17.40	11.66
ബീഹാർ	10.16	1142
ഗുജറാത്ത്	10.17	6.26
ഹരിയാന	15.96	16.47
കാശ്മീർ	17.79	12.80
കർണാടകം	14.92	13.35
കേരളം	71.21	61.84
മധ്യപ്രദേശ്	20.89	21.72
മഹാരാഷ്ട്രം	27.57	32.18
ഒറീസ്സ	24.20	24.38
പഞ്ചാബ്	27.47	24.62
രാജസ്ഥാൻ	17.33	12.55
തമിഴ്നാട്	33.99	31.98
ഉത്തർപ്രദേശ്	13.22	10.54
പശ്ചിമ ബംഗാൾ	27.71	33.85
ഇന്ത്യ	22.46	22.77

മഹാരാഷ്ട്രയിലെ രണ്ടു ഗ്രാമങ്ങളിൽ നിന്ന് ബാംഗ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്നത് സ്ത്രീ രോഗങ്ങളുടെയോ ലൈംഗിക രോഗങ്ങളുടെയോ

സാധ്യത 92 ശതമാനമാണെന്നാണ്. മാത്രമല്ല അത്തരം രോഗങ്ങൾ ഒരു സ്ത്രീക്ക് ശരാശരി 3.6 എന്ന കണക്കിനുണ്ട്. ഇത് രോഗാതുരത 90 ശതമാനം വരെ ആവാമെന്ന് കാണിക്കുന്നു.

പട്ടിക 3.1

ദീർഘസ്ഥായീരോഗങ്ങളുടെ തോത് ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ

(ഗ്രാമവും നഗരവും)

സംസ്ഥാനം	ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ 100000 ജനസംഖ്യയ്ക്ക്	
	ഗ്രാമം	നഗരം
ആന്ധ്രാപ്രദേശ്	1702	1143
ആസാം	1584	2148
ബീഹാർ	2343	2162
ഗുജറാത്ത്	605	712
ഹരിയാന	2012	2487
കാശ്മീർ	948	816
കർണാടകം	1137	1181
കേരളം	8368	8874
മധ്യപ്രദേശ്	1165	1350
മഹാരാഷ്ട്രം	1609	1591
ഒറീസ്സ	2781	2312
പഞ്ചാബ്	2277	1794
രാജസ്ഥാൻ	1276	884
തമിഴ്നാട്	2226	1990
ഉത്തർപ്രദേശ്	1493	1213
പശ്ചിമ ബംഗാൾ	3459	3914
ഇന്ത്യ	2098	1969

വളരെ സാധാരണയായി കണ്ടുവരുന്ന പകർച്ചവ്യാധികൾ കേരളത്തിൽ യഥാവിധി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടാറുണ്ട്. 1987–ൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ട രോഗവിവരങ്ങൾ പട്ടിക 3.2–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക3.2

മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങളുടെ കണക്ക് – കേരളത്തിൽ (1987)

രോഗം	എണ്ണം	ശതമാനം
ഡിഫ്ത്തീരിയ	288	0.02
വയറിളക്കം	735854	44.70
വില്ലൻചുമ	11155	0.68
ടെറ്റനസ്	185	0.01
മെനിഞ്ചൈറ്റിസ്	393	0.02
അഞ്ചാംപനി	43028	2.61
സിഫിലിസ്	1091	0.07
പോളിയോ	775	0.05
ഗൊണോറിയ	3447	0.21
ടൈഫോയ്ഡ്	9490	0.58
ചിക്കൻപോക്സ്	11996	0.73
ഇൻഫ്ലുവൻസ	811206	49.28
എൻകഫലൈറ്റിസ്	2014	0.12
മഞ്ഞപ്പിത്തം	15130	0.92

ക്ഷയം

കേരളത്തിൽ 3.72 ലക്ഷം ജനങ്ങൾ ക്ഷയരോഗബാധിതരാണെന്ന് കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. കഫം പരിശോധന പ്രകാരം ഇതിൽ 93000 പേർക്കും കഫത്തിൽ അണുബാധയുണ്ടെന്ന് അനുമാനിക്കപ്പെടുന്നു. സ്ത്രീ പുരുഷാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള ക്ഷയരോഗം സംബന്ധിച്ച കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ല.

മന്ത്

എത്ര പേർക്ക് 'മന്ത്' ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നറിയില്ല. 6.63 ദശലക്ഷം പേർ മന്ത് രോഗം ബാധിച്ചേക്കാനിടയുള്ള സാഹചര്യത്തിൽ ജീവിക്കുന്നുണ്ട്.

മലമ്പനി

1988 –ൽ 5147 മലമ്പനി ബാധിച്ചവരെ കണ്ടെത്തിയിരുന്നു. ഇതിൽ 23 എണ്ണം മാത്രമേ കേരളത്തിൽ തന്നെ ഉത്ഭവിച്ചതായിട്ടുള്ളു. ബാക്കിയുള്ളവയൊക്കെ പുറം നാടുകളിൽ നിന്നും രോഗം പിടിപെട്ടവരാണെന്നാണ് കണക്കാക്കിയിരിക്കുന്നത്.

കുഷ്ഠം

കുഷ്ഠരോഗം ബാധിച്ചവരുടെ എണ്ണം 1.55 ലക്ഷമാണെന്നാണ് കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നത്. 1988മാർച്ച് 31 വരെയുള്ള കണക്ക് പ്രകാരം 71,236 പേരുടെ രോഗം കണ്ടുപിടിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

വികലാംഗർ

വിവിധ വിഷയങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ നൽകുന്ന പാരമ്പര്യത്തിന്നനുരോധമായി തുടക്കം മുതല്ക്കു തന്നെ ഇന്ത്യയിലെ സെൻസസ്,അംഗവൈകല്യത്തെക്കുറിച്ചും ചില വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നുണ്ട്. വികലാംഗതയെക്കുറിച്ച് ഒരു സാധാരണക്കാരന് മനസ്സിലാവുന്ന തരത്തിലുള്ള കൃത്യമായ ഒരു നിർവചനം നൽകാത്തതുകൊണ്ട് ഈ അന്വേഷണം നിരവധി പ്രശ്നങ്ങൾ നിറഞ്ഞതായിരുന്നു. ഇതിന്റെ ഫലമായി അംഗവൈകല്യം എന്നതിനൊരു ശരിയായ വിശദീകരണം, അത് കണ്ടെത്തി വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കേണ്ട സെൻസസ് ഉദ്യോഗസ്ഥർക്ക് കൊടുക്കാൻ കഴിഞ്ഞില്ല തങ്ങളുടെ വീട്ടിൽ ശാരീരികവൈകല്യം ഉള്ളവരുണ്ട് എന്നു തുറന്നു സമ്മതിക്കാൻ സാധാരണ ജനങ്ങൾക്ക് വൈമനസ്യമുണ്ട്. ചില വൈകല്യങ്ങളോട് സമൂഹത്തിനുള്ള മനോഭാവങ്ങളും കണക്കിലെടുത്താലും അത്തരം വൈകല്യങ്ങളുള്ള വ്യക്തികൾ സ്ത്രീകളാണെങ്കിൽ പ്രത്യേകിച്ചും ഇതു ശരിയാണെന്നു കാണാം. ഇത്തരം പ്രതിബന്ധങ്ങൾ വികലാംഗരെ സംബന്ധിച്ച വിശ്വസനീയമായ സ്ഥിതി വിവരകണക്കുകൾ ശേഖരിക്കുന്നത് വിഷമകരമാക്കുന്നു. ഒരു പക്ഷേ, ഈ കാരണങ്ങളെ കൊണ്ടായിരിക്കാം മുമ്പത്തെ സെൻസസ് കമ്മീഷണർമാർ, സെൻസസിലൂടെ ശേഖരിച്ച വികലാംഗരെ

സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങളുടെ ശരിയായ്മയെപ്പറ്റിയും അതിന്റെ പിന്നി ലുള്ള ഉപയോഗത്തെപ്പറ്റിയും സംശയാലുക്കളായിരുന്നത്.

1931- ലെ ഇന്ത്യയിലെ സെൻസസ് കമ്മീഷണർ ഹട്ടൺ ഇന്ത്യയിലെ സെൻസസിൽ കണ്ട വികലാംഗതയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ തൃപ്തികരമായിരുന്നില്ലെന്ന് അഭിപ്രായപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ശാരീ രികമായ വൈകല്യങ്ങൾ സെൻസസിലൂടെ രേഖപ്പെടുത്താനുള്ള ശ്രമം ഒരു പരാജയമാണെന്നതുകൊണ്ട് ഇത് ഇംഗ്ലണ്ടിലും വെയിൽസിലും 10 വർഷങ്ങൾക്കു മുമ്പും അമേരിക്കയിൽ അതിനു മുമ്പും ഉപേക്ഷിച്ചിരുന്നു. "അംഗവൈകല്യങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ ഈ സെൻസസിൽ ഉപേക്ഷിച്ചു. വസ്തുക്കളുമായി യോജിക്കാത്തതും 1931 –ൽ കുഷ്ഠരോഗത്തെ സംബന്ധിച്ച് പൊള്ളയാണെന്ന് വ്യക്തമാ യതുമായ രേഖകളുമായി എനിക്ക് പുലബന്ധം പോലുമുണ്ടായിരി ക്കുകയില്ല". 1941–ലെ സെൻസസ് അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ റിപ്പോർട്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയ വാക്കുകളാണിവ. അതിനുശേഷം 1951,61,71 എന്നീ വർഷങ്ങളിലെ സെൻസസുകളിൽ ഇത്തരം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കാനുള്ള ശ്രമം ഉണ്ടായില്ല.

1981 –ലെ സെൻസസിനുള്ള തയ്യാറെടുപ്പിന്റെ സമയത്ത് കേന്ദ്ര സർക്കാറിന്റെ വിദ്യാഭ്യാസ– സാമൂഹ്യ ക്ഷേമ വകുപ്പുകളിൽ നിന്ന് ശാരീരിക വൈകല്യങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കണ മെന്ന ശക്തമായ ആവശ്യം ഉന്നയിക്കപ്പെടുകയുണ്ടായി. ഇതിനുള്ള കാരണങ്ങളിലൊന്നായി ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചിരുന്നത് ഐക്യരാഷ്ട്രസഭ 1981 അന്താരാഷ്ട്ര വികലാംഗ വർഷമായി പ്രഖ്യാപിച്ചതാണ്. അന്ധ രുടേയും ബധിരരുടേയും നിരവധി സംഘടനകളും ഇതേ ആവ ശ്യമുന്നയിച്ചിരുന്നു. അംഗവൈകല്യത്തെ സംബന്ധിച്ച് ശേഖ രിക്കപ്പെടുന്ന വിവരങ്ങളെക്കുറിച്ച് മുൻപത്തെ സെൻസസ് കമ്മീഷ ണർമാർ ഉന്നയിച്ച വിമർശനങ്ങൾ നിലനില്ക്കെത്തന്നെ അവസാനം ഈ ആവശ്യം സെൻസസ് സംഘടന അംഗീകരിച്ചു.

പൂർണ്ണമായും അന്ധരും, മൂകരും, മുടന്തരുമായിട്ടുള്ളവരുടെ എണ്ണമറിയുക എന്ന ഉദ്ദേശ്യത്തോടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചാൽ മതി എന്ന നിലയിലേക്ക് അന്വേഷണം പരിമിതപ്പെടുത്തുകയുണ്ടായി. ലിംഗം, വയസ്സ് എന്നിങ്ങനെയുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ ശേഖരിക്കുക എന്യൂമറേറ്റർമാരുടെ കഴിവിന്നപ്പുറമായിരിക്കണമെന്നതുകൊണ്ട്

ഇവയെക്കുറിച്ച് അന്വേഷണങ്ങൾ നടത്തിയില്ല . ഭാവിയിൽ സാമ്പിൾ സർവേ നടത്താൻ സഹായകമായവിധം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചുവെയ്ക്കുക മാത്രമേ ഉദ്ദേശിച്ചിരുന്നുള്ളു. ഇത്തരം വിവരങ്ങളുടെ പ്രത്യേക സ്വഭാവം കണക്കിലെടുത്തും എന്യൂമറേറ്റരുടെ ജോലിഭാരം പരിഗണിച്ചും ഇവ ശേഖരിക്കേണ്ടത് 1981 –ലെ സെൻസസ് സമയത്തല്ല 1980 –ൽ വീടുകൾ പട്ടികപ്പെടുത്തുന്ന സമയത്തായിരിക്കണമെന്നും ധാരണയായി.

പൂർണ്ണമായി അന്ധരും ബധിരരും മൂകരും ആയവരെ മാത്രമേ അംഗവൈകല്യമുള്ളവരായി കണക്കാക്കിയിരുന്നുള്ളു എന്നതുകൊണ്ട് ഭ ഗികമായി അന്ധരും ബധിരരും മൂകരുമായവരെ കണ ക്കിലെടുത്തിരുന്നില്ല. നിർവചന പ്രകാരം പൂർണ്ണ മുടന്തെന്നാൽ രണ്ടു കൈകളും രണ്ടു കാലുകളും നഷ്ടപ്പെട്ടവർ മാത്രമാണ്. എന്നാൽ രണ്ടു കൈകൾ നഷ്ടപ്പെട്ടവരേയും രണ്ടു കാലുകൾ നഷ്ടപ്പെട്ടവരേയും പൂർണ്ണമുടന്തന്മാരായി കണക്കാക്കിയിരുന്നു. ഒരു കാലും ഒരു കൈയും കൂടി നഷ്ടപ്പെട്ടവരേയോ ഒരു കാലോ ഒരു കയ്യോ നഷ്ടപ്പെട്ടവരേയോ പൂർണ്ണമുടന്തന്മാരായി കണക്കാക്കിയില്ല.

പട്ടിക 4.

വൈകല്യങ്ങളുടെ തോത് – കേരളവും ഇന്ത്യയും 1980

വൈകല്യം	വൈകല്യമുള്ളവർ		വൈകല്യനിരക്ക് /1000	
	ഇന്ത്യ	കേരളം	ഇന്ത്യ	കേരളം
ആകെ വൈകല്യങ്ങൾ	1118948	31053	1.709	1.233
മൊത്തം അന്ധർ	478657	8178	0.731	0.325
മൊത്തം മുടന്തർ	363600	12056	0.555	0.479
മൊത്തം ബധിര–മൂകർ	276691	10819	0.423	0.429

ദേശീയ സാമ്പിൾ സർവേ എന്ന സംഘടനയുടെ നിഗമന പ്രകാരം 1981 –ലെ ഏകദേശം 680 ദശലക്ഷം വരുന്ന ഇന്ത്യയിലെ

മൊത്തം ജനസംഖ്യയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒരു തരത്തിലെങ്കിലുമുള്ള അംഗവൈകല്യമുള്ളവരുടെ എണ്ണം ഏതാണ്ട് 12 ദശലക്ഷമാണ്. അതായത് മൊത്തം ജനസംഖ്യയുടെ 1.8 ശതമാനമാണെന്നർഥം. ഇവയിൽ 10 ശതമാനത്തിനും ഒന്നിൽ കൂടുതൽ വൈകല്യങ്ങളുള്ളതായി കാണുന്നു.

പട്ടിക 4.1

വൈകല്യത്തിന്റെ നിരക്ക് (1,00,000 ജനസംഖ്യയ്ക്ക്) കേരളവും ഇന്ത്യയും – ഗ്രാമങ്ങൾ

ഏതെങ്കിലുമൊരു വൈകല്യമുള്ളവർ	പുരു	സ്ത്രീ	ആകെ
കേരളം	1882	1422	1647
ഇന്ത്യ	2045	1632	1844
അന്ധത			
കേരളം	219	291	255
ഇന്ത്യ	444	670	553
ബധിര–മൂകത			
കേരളം	490	489	489
ഇന്ത്യ	595	510	553
ചലനവൈകല്യം			
കേരളം	1058	697	874
ഇന്ത്യ	1047	597	828

അഖിലേന്ത്യാസ്ഥിതിയുമായി തട്ടിച്ച് കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി പൊതുവെ പരിശോധിച്ചാൽ ശിശുമരണ നിരക്കിന്റെ കാര്യത്തിൽ പ്രത്യേകിച്ചും കേരളത്തിലെ മരണനിരക്ക് ഇന്ത്യൻ

ശരാശരിയേക്കാൾ വളരെ താഴെയാണെന്നാണ് കാണുന്നത്. മരണ നിരക്ക് സംബന്ധിച്ച മറ്റെല്ലാ സൂചകങ്ങളെ സംബന്ധിച്ചും ഇതു തന്നെയാണ് സ്ഥിതി. അംഗവൈകല്യവും രാജ്യത്തിന്റെ ഇതര ഭാഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ഇവിടെ കുറവാണ്. രോഗാതുരത മാത്ര മാണ് കേരളത്തിൽ കൂടുതൽ. ലഭ്യമായ എല്ലാ പഠനങ്ങളും കേരള ത്തിലെ രോഗാതുരത ഇന്ത്യയിലെ മറ്റെല്ലാ പ്രദേശങ്ങളെ അപേക്ഷി ച്ചും അധികമാണെന്നാണ് വ്യക്തമാക്കുന്നത്. രോഗാതുരത സംബ ന്ധിച്ചുള്ള ആഴത്തിലുള്ള പഠനത്തിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്കാ ണിത് വിരൽ ചൂണ്ടുന്നത്.

3

ആരോഗ്യസർവേ 1987
പദ്ധതിയും സംഘാടനവും

ഗ്രാമീണ കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെക്കുറിച്ചുള്ള സമഗ്രമായ അടിസ്ഥാന രേഖയുണ്ടാക്കുക എന്നതായിരുന്നു സർവേയുടെ ഉദ്ദേശ്യം. ആരോഗ്യനയ രൂപീകരണത്തിന് വിലപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന രീതിയിലായിരുന്നു ഈ പദ്ധതി വിഭാവനം ചെയ്തത്. ആരോഗ്യസർവേയിലും സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക രംഗത്തും പരിചയസമ്പന്നരായ ആളുകളുമായി ചർച്ച നടത്തിയതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വിശദമായ ഒരു ചോദ്യാവലി തയ്യാറാക്കിയിരുന്നു. ഈ ചോദ്യാവലി കുടുംബത്തെ സംബോധന ചെയ്യുന്ന രീതിയിലുള്ളതായിരുന്നു. രണ്ടുതരം വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ അതു തരംതിരിച്ചിരുന്നു. ഇതിലൊന്ന് കുടുംബം മുഴുവനുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതും അവിടത്തെ കുടുംബാംഗങ്ങളുടെയും സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തികാവസ്ഥയുടേയും വസ്തുതകൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നതുമായിരുന്നു. രണ്ടാമത്തേത്, കുടുംബത്തിന്റെ മതം, പട്ടികജാതി പട്ടികവർഗത്തിൽ ഉൾപ്പെടുമോ എന്നീ വിവരങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നതായിരുന്നു. ഭൂ ഉടമസ്ഥാവകാശം, മാസവരുമാനം, വിദ്യാഭ്യാസനിലവാരം, വീടിന്റെ സ്വഭാവം, ഗുണം എന്നിവയും കൂടുതലായി ശേഖരിച്ചു. സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തികമാനം കൂടാതെ ആരോഗ്യത്തെസംബന്ധിക്കുന്ന ഘടകം എന്നനിലയ്ക്ക് പരിസരശുചിത്വപരമായ വസ്തുതകളും കണക്കിലെടുക്കേണ്ടതുണ്ടെന്നു ബോധ്യപ്പെട്ടതിനാൽ അവയും ശേഖരിക്കുകയുണ്ടായി. പാചകത്തിനുള്ള അടുപ്പ്, കുടിവെള്ള സൗകര്യം, ശുചിത്വപരിപാലനം, മാലിന്യങ്ങൾ പുറന്തള്ളൽ മുതലായ വിവരങ്ങളും ശേഖരിക്കപ്പെട്ടു. മറ്റൊരു കൂട്ടം വിവരങ്ങൾ കുടുംബത്തിലെ വ്യക്തികളെ സംബന്ധിക്കുന്നതായിരുന്നു. വയസ്സ്, ആണോ പെണ്ണോ, വിവാഹം കഴിഞ്ഞുവോ ഇല്ലയോ, വിദ്യാഭ്യാസം,

ആരോഗ്യസ്ഥിതി എന്നിവ. ആരോഗ്യസ്ഥിതിയുടെ വിശദമായ കണക്കെടുപ്പിൽ കുട്ടികളെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ പ്രത്യേകം ശേഖരിച്ചിരുന്നു. ശിശുപരിപാലനക്രമങ്ങൾ, രോഗപ്രതിരോധം, ശിശുമരണം, രോഗാതുരത എന്നിവ. മുതിർന്നവരുടെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കിൽ അഭിമുഖം നടക്കുന്നതിന് രണ്ടാഴ്ച മുമ്പുവരെയുണ്ടായ രോഗങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ശേഖരിച്ചു. ഇതോടൊപ്പം രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം, ശുശ്രൂഷയുടെ രീതി, രോഗശുശ്രൂഷയ്ക്കായി സമീപിച്ച സ്ഥാപനം, അതിന്റെ ചിലവ് എന്നിവയും ശേഖരിച്ചു. ദീർഘകാലമായി നിലനില്ക്കുന്ന രോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും മാനസികവും ശാരീരികവുമായ അംഗവൈകല്യങ്ങളെക്കുറിച്ചും പ്രത്യേകം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയുണ്ടായി.

ഗാർഹിക തലത്തിലുള്ള ആരോഗ്യ വസ്തുതകളോടുബന്ധപ്പെട്ട് ഏറ്റവുമടുത്തുള്ള പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ്, അതിന്റെ ഉപയോഗം, ദൂരം, പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തെ ഉപയോഗപ്പെടുത്തിയില്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ കാരണങ്ങൾ എന്നിവയും ശേഖരിച്ചു. മറിച്ച് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെ ഉപയോഗപ്പെടുത്താനുള്ള കാരണങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും ശേഖരിച്ചു.

1987–ലെ സർവേയുടെ രണ്ടാംഘട്ടം, കേരളത്തിലെ നഗരങ്ങളിലും ഗ്രാമങ്ങളിലുമുള്ള ആരോഗ്യസംരക്ഷണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ കണക്കെടുപ്പായിരുന്നു. ഇതിന്റെ ലക്ഷ്യം, ആരോഗ്യസുരക്ഷാസംവിധാനങ്ങൾക്ക് കേരളത്തിലുള്ള വ്യാപ്തിയും സ്വഭാവവും മനസ്സിലാക്കുക എന്നതായിരുന്നു. വീടുവീടാന്തരമുള്ള സർവേ ഗ്രാമങ്ങളിൽ മാത്രം ഒതുക്കി നിർത്തി. എന്നാൽ ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ സ്ഥാനങ്ങളുടെ കണക്കെടുപ്പിൽ നഗരങ്ങളെക്കൂടി ഉൾപ്പെടുത്തുകയുണ്ടായി. കാരണം, പലപ്പോഴും ഗ്രാമത്തിലുള്ളവർ പോലും ചികിത്സയ്ക്ക് നഗരങ്ങളിലെ ആശുപത്രികളെയായിരിക്കും സമീപിക്കുന്നത്. ആരോഗ്യസു രക്ഷാ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ എണ്ണം, ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം, നഴ്സുമാരും മറ്റു പാരാമെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫും, ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ട് ചികിത്സതേടുന്നവരുടേയും പുറത്തുനിന്ന് വന്ന് ചികിത്സതേടുന്ന വരുടേയും ശരാശരി എണ്ണം, മെഡിക്കൽ ഷോപ്പുകളുടെ എണ്ണം, ലാബറട്ടറികളുടേയും ബ്ലഡ് ബാങ്കുകളുടേയും എണ്ണം എന്നീ വിവരങ്ങളാണ് ശേഖരിച്ചത്. പഞ്ചാ

യത്തുകളെല്ലാം ഗ്രാമീണ പ്രദേശങ്ങ ളായും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളെല്ലാം നഗരപ്രദേശങ്ങളായും ആണ് പരിഗണിച്ചത്. അലോപ്പതി, ആയുർവേദം, ഹോമിയോപ്പതി മറ്റുള്ളവ എന്നിവയുടെ പ്രത്യേകം പ്രത്യേകം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയുണ്ടായി. മാത്രമല്ല അവ ഗവ ൺമെന്റ് മേഖലയിലോ പ്രൈവറ്റ് മേഖലയിലോ സഹകരണ മേഖലയിലോ എന്നും രേഖപ്പെടുത്തുക യുണ്ടായി.

സർവേയുടെ ഡിസൈൻ

ആദ്യം മുതൽതന്നെ ജനസംഖ്യയെ മുഴുവൻ ഉൾക്കൊള്ളി ച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഒരു സർവേ ആയിരുന്നു ഉദ്ദേശിച്ചിരുന്നത്. കാരണം കേരള ശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്തിന് കേരളത്തിലെ എല്ലാ പഞ്ചാ യത്തിലും യൂണിറ്റുകളുണ്ട് എന്നതുതന്നെ. ഇതു മനസ്സിൽവച്ച് എല്ലാപഞ്ചായത്തുകളെയും സർവേയിലുൾപ്പെടുത്താൻ നിശ്ചയിച്ചു. ആരോഗ്യ സർവേപ്രക്രിയകളിൽ സാധാരണ സ്വീകരിക്കുന്ന മാതൃകകളിലൊന്നനുസരിച്ചാണ് സാമ്പിൾ സൈസ് നിശ്ചയിച്ചത്. കൽക്കത്തയിലെ നാഷനൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് കോളറ ആന്റ് എൻ ഡമിക് ഡിസീസസ്സിലെ വിദഗ്ധന്മാരുമായി ചർച്ച ചെയ്തതിനുശേ ഷമാണ് താഴെ പറയുന്ന സാമ്പിളിങ്ങ് പ്രക്രിയ സ്വീകരിച്ചത്. താഴെ പറയുന്ന ഫോർമുലയനുസരിച്ചാണ് സാമ്പിൾ സൈസ്.

$N = Z^2 \times PQ \times D / L2$

ഇതനുസരിച്ച്

N സാമ്പിൾ സൈസ് ആകുന്നു.

Z കോൺഫിഡൻസ് ലിമിറ്റ് (1.96)

P മരണത്തിന്റെ സാദ്ധ്യത (കേരളത്തിൽ .0062)

Q 1-P

L Limit of accuracy (.00155)

D 2 .5

ഇതിന്റെ അർഥം 25,000 പേർ വരുന്നതാണ് ഒരു സാമ്പിൾ സൈസ്. കേരളത്തിൽ ഒരു കുടുംബത്തിൽ ശരാശരി 5 അംഗങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടേണ്ട കുടുംബങ്ങൾ 5,000–ത്തോളം വരും. ഇത് 10,000 മായി ഉയർത്തുകയുണ്ടായി. സാമ്പിൾ ക്രമക്കേടുകൾ പരമാവധി കുറയ്ക്കാനായിരുന്നു ഇത്. സർവേ സമയത്ത് കേരളത്തിലെ പഞ്ചായത്തുകളുടെ എണ്ണം 1,001 ആയിരുന്നു. ഓരോ പഞ്ചായത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു വാർഡിൽ നിന്നായിരിക്കും 10 വീടുകളെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നത്. ലോട്ടറി രീതി ഉപയോഗിച്ച് റാൻഡം അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കും വാർഡുകൾ തീരുമാനിക്കുക. ഓരോ വാർഡിലേയും വീട്ടുനമ്പരുകൾ പഞ്ചായ ത്തിൽനിന്ന് ശേഖരിക്കും. താഴെ പറയുന്ന ഫോർമുലയനുസരിച്ച് റാൻഡം അടിസ്ഥാനത്തിൽ 10 കുടുംബങ്ങളെ തെരഞ്ഞെടുക്കും.

$H = N/n$

H കുടുംബങ്ങൾക്കു തമ്മിലുള്ള ഫ്രീക്വൻസിയാണെങ്കിൽ

N വാർഡിലെ മൊത്തം കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം

n സാമ്പിളിന്റെ സൈസ് ആണ് അതായത് 10

സർവേ ഒരു ബൃഹത് സംരംഭം

കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത് വളരെ ക്രിയാത്മകമായി ഇടപെടുന്ന ഒരു രംഗമാണ് ആരോഗ്യം. ജനകീയ പുസ്തക പ്രസിദ്ധീ കരണം, അശാസ്ത്രീയമായ ഔഷധ നയങ്ങൾക്കെതിരെ ബഹുജ നാഭിപ്രായം സംഘടിപ്പിക്കുക, അനാവശ്യവും ഹാനികരവുമായ ഔഷധങ്ങളുടെ ഉല്പാദനത്തിലും വിപണനത്തിലും ബഹുരാഷ്ട്ര കുത്തകകൾ നടത്തുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളെ തുറന്നുകാട്ടുക, രോഗ പ്രതിരോധ വിദ്യാഭ്യാസം, രോഗപ്രതിരോധകുത്തിവെയ്പു ക്യാമ്പുകൾ, ചിലവു കുറഞ്ഞ ശുചിത്വോപാധികൾ പ്രചരിപ്പിക്കൽ തുടങ്ങി യവയാണ് പരിഷത്തിന്റെ ആരോഗ്യ പ്രചരണ പരിപാടികളിലുള്ളത്.

·1986 ഒക്ടോബർ മാസം ആരോഗ്യമാസമായി ആചരിക്കുകയുണ്ടായി. ഇതിന്റെ ഭാഗമായി ഒക്ടോബർ 7 മുതൽ നവംബർ ആറു വരെ (1986) എല്ലാ പഞ്ചായത്തിലും ആരോഗ്യശിബിരങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. ഇതോടൊപ്പം ജനകീയാരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ഒരു കൈപ്പുസ്തകം പ്രസിദ്ധീകരിക്കുകയും ഈ പ്രവർത്തനത്തിലേർപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ആളുകൾക്ക് ഇത് ലഭ്യമാക്കുകയും ചെയ്തു. ആരോഗ്യശിബിരത്തിൽ താഴെ പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ ഉൾക്കൊണ്ടിരുന്നു. a) ഓരോ സെന്ററിലും ആറുക്ലാസുകൾ. അവിടെ പോഷകാഹാരം, രോഗപ്രതിരോധം, പ്രഥമശുശ്രൂഷ, പുനർജലീകരണ ചികിത്സ (ORT), ആരോഗ്യശീലങ്ങൾ, രക്തദാനം എന്നീ വിഷയങ്ങളെക്കുറിച്ച് ക്ലാസുകളെടുക്കും. b) അഞ്ചു വയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികൾക്കും അമ്മമാർക്കും രോഗപ്രതിരോധക്യാമ്പുകൾ. c) മെഡിക്കൽ പാർലിമെന്റുകൾ. ഈ ശിബിരങ്ങളിൽ, വരാൻ പോകുന്ന ആരോഗ്യസർവേയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കെടുത്തവർക്കിടയിലും അതാതു പ്രദേശത്തെ ജനങ്ങൾക്കിടയിലും പ്രചരിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി.

ചോദ്യങ്ങളുടെ മാതൃക, പ്രാഥമിക മുൻ–പരിശോധന, മറ്റു സംഘടനാ പ്രവർത്തനങ്ങൾ എന്നിവ 1987 ഏപ്രിൽ ആയപ്പോഴേക്കും പൂർത്തിയാക്കി. സർവേയുടെ വ്യാപ്തിയും, വൈപുല്യസ്വഭാവവും കണക്കിലെടുത്ത് സർവേ സൂപ്പർവൈസർമാർക്കും, ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാർക്കും ട്രെയിനിങ്ങ് ക്യാമ്പുകൾ നടത്താൻ തീരുമാനിച്ചു. ആദ്യതലട്രെയിനിങ്ങ് റീജ്യണൽ തലത്തിലായിരുന്നു. സംസ്ഥാനത്തെ നാല്, അഞ്ച് ജില്ലകൾ ഉൾക്കൊള്ളിച്ച് മൂന്നു മേഖലകളാക്കി തിരിച്ചു, വടക്കൻ, തെക്കൻ, മധ്യം എന്നിങ്ങനെ. 1987 ജൂൺ 13,14 തീയതികളിലായി കോഴിക്കോട്, തൃശ്ശൂർ, തിരുവനന്തപുരം എന്നിവിടങ്ങളിലായി രണ്ടു ദിവസത്തെ ട്രെയിനിങ്ങ് ക്യാമ്പ് സംഘടിപ്പിച്ചു. രണ്ടു പ്രോജക്ട് ഡയരക്ടർമാരടക്കം ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്തിലുള്ള വിദഗ്ധന്മാർ ട്രെയിനിങ്ങിന്റെ ക്ലാസുകളെടുത്തു. 'ജനകീയ ആരോഗ്യ സർവേ 1987: സർവേ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള ഒരു കൈപ്പുസ്തകം' എന്ന പേരിലൊരു രേഖ അച്ചടിച്ച് പങ്കെടുത്തവർക്കെല്ലാം വിതരണം ചെയ്യുകയുണ്ടായി. ട്രെയിനിങ്ങിന്റെ സമയത്ത് അടുത്തുള്ള ചില വീടുകൾ സന്ദർശിച്ച് ഇൻവെ

സ്റ്റിഗേറ്റർമാർ ചോദ്യമാതൃകകൾ പരിശോധനാവിധേയമാക്കുയുണ്ടായി.

ഫീൽഡ് ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാർക്കുള്ള രണ്ടാംഘട്ട ട്രെയിനിങ്ങ് ക്യാമ്പ് 1987 ജൂൺ 20,21 തീയതികളിൽ സംഘടിപ്പിക്കപ്പെട്ടു. ഇതിലെ പങ്കാളികൾ സർവേയ്ക്ക് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട ഫീൽഡ് ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാരായിരുന്നു. ഓരോ പഞ്ചായത്തിലും ചുരുങ്ങിയത് ഒരു സ്ത്രീയെങ്കിലുമടങ്ങുന്ന മൂന്നു പേരുടെ ടീമിനെയാണ് സർവേയ്ക്ക് നിശ്ചയിച്ചത്. താലൂക്ക് തലത്തിൽ നടന്ന ഈ ട്രെയിനിങ്ങ് ക്യാമ്പുകൾ ആകെയുള്ള 65 താലൂക്കുകളിലും നടക്കുകയുണ്ടായി. ഈ തലത്തിൽ റിസോഴ്സ് പേഴ്സൺസ് ആയി ക്ലാസെടുത്തത് റീജ്യണൽ തലത്തിൽ ട്രെയിനിങ്ങ് ക്യാമ്പുകളിൽ പങ്കെടുത്ത സർവേ സൂപ്പർവൈസർമാരായിരുന്നു. സർവേ കൈപ്പുസ്തകം എല്ലാ ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാർക്കും വിതരണം ചെയ്യുകയും ക്യാമ്പുകളിൽ ചർച്ചചെയ്യുകയുമുണ്ടായി. ക്യാമ്പുകളിൽ വീടുവീടാന്തരം കയറിയുള്ള ഫീൽഡ് ടെസ്റ്റിങ്ങ് സംഘടിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി.

യഥാർഥ സർവേ രണ്ടു ഘട്ടങ്ങളിലായാണ് നടന്നത്. ഒന്നാംഘട്ടം 10,000 വീടുകളിലെ സർവേയായിരുന്നു, രണ്ടാംഘട്ടം കേരളത്തിലെ പഞ്ചായത്തുകളിലേക്കും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളിലേക്കും ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ കണക്കെടുപ്പായിരുന്നു. ഒന്നാം ഘട്ടം 1987 ജൂൺ 1 മുതൽ 10 വരെയുള്ള ദിവസങ്ങളിലാണ് നടത്തപ്പെട്ടത്, രണ്ടാംഘട്ടം 1987 ജൂലൈ 11 മുതൽ 30 വരെയുള്ള ദിവസങ്ങളിലുമായിരുന്നു. ഒരു പ്രദേശത്തെ സർവേ കഴിഞ്ഞാൽ സൂപ്പർവൈസർ അതെല്ലാം പരിശോധിക്കുകയും സബ്ജില്ലാതല സൂപ്പർവൈസർക്ക് കൈമാറുകയുംചെയ്യും. സർവേ ചെയ്യാനുദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട എല്ലാ വീടുകളിലും, എല്ലാ പഞ്ചായത്തുകളിലും യഥാർഥത്തിൽ സർവേ നടന്നു കഴിഞ്ഞുവോ എന്ന് അദ്ദേഹം ഉറപ്പുവരുത്തും. കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്തിന്റെ ജില്ലാ സെക്രട്ടറി ജില്ലയിലെ സർവേപേപ്പറുകളെല്ലാം ശേഖരിച്ച് സംസ്ഥാനതലത്തിന് കൈമാറും. രണ്ടാംഘട്ട സർവേയ്ക്ക് പലയിടത്തും സമയം കൂടുതൽ ആവശ്യമായതിനാൽ അത് അനുവദിക്കുകയുണ്ടായി. ജില്ലാ സെക്രട്ടറിമാർ ഈ പേപ്പറുകൾ പ്രോജക്റ്റ് ഡയറക്ടർമാർക്ക് കൈമാറും.

സർവേ വിവരങ്ങളുടെ പരിശോധന

വീടുകളിൽനിന്നു ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ തിരുവനന്തപുരത്തു വച്ച് ഒരു സംഘം, കർശനമായി പരിശോധിക്കുകയുണ്ടായി. ഇതിൽ നിരസിക്കേണ്ടവ വളരെ കുറവായിരുന്നു. ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാരുടെ ആത്മാർഥതയെയാണിതു കാണിക്കുന്നത്. ആകെയുള്ള 10010 ഷെഡ്യൂളിൽ 70 എണ്ണം മാത്രമേ വിവരങ്ങൾ തെറ്റായി രേഖപ്പെടുത്തിയതുകൊണ്ട് വേണ്ടെന്നുവയ്ക്കേണ്ടിവന്നുള്ളൂ; അതായത് ഏതാണ്ട് 0.6 ശതമാനം മാത്രം. എന്നിരുന്നാലും കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ പോഷകാഹാര സംബന്ധമായ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചതിൽ പ്രശ്നമുണ്ടായിരുന്നു. ഇതു സംഭവിച്ചത് കഴിക്കുന്ന ഭക്ഷണത്തിന്റെ കാര്യത്തിലുണ്ടായ വലിയ വ്യതിയാനം, ചില ഭക്ഷണ സാധനങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവില്ലായ്മ, വീടിനു പുറത്തുനിന്നു കഴിക്കുന്ന ആഹാര സാധനങ്ങളെക്കുറിച്ച് വേണ്ടത്ര വിവരങ്ങൾ നൽകാതിരിക്കൽ (പ്രത്യേകിച്ച് പ്രായപൂർത്തിയായ പുരുഷ അംഗങ്ങൾ), മറ്റുകുറെ ഭക്ഷണസാധനങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ പ്രാദേശിക അളവുകളിലേക്കു മാറ്റുമ്പോഴുള്ള പ്രശ്നങ്ങൾ എന്നിവയൊക്കെ മൂലമാണ്. മറ്റൊന്ന്, ചില ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റർമാർ കിട്ടാവുന്നത്ര വിവരങ്ങൾ സമാഹരിക്കാൻ ശ്രമിച്ചു. എന്നാൽ മറ്റു ചിലർക്ക് പറഞ്ഞുതരുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഭാഗത്തുള്ള സന്ദിഗ്ധതമൂലം പലപ്പോഴും അങ്ങനെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞതുമില്ല. ഇതിൽനിന്നു മനസ്സിലാക്കാൻ സാധിക്കുന്നത് പോഷക നിലവാരത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരം ശേഖരിക്കാൻ കുറെകൂടി വിശദവും തീവ്രവുമായ ട്രെയിനിങ്ങും തയ്യാറെടുപ്പും ആവശ്യമാണെന്നാണ്. വിശദാംശങ്ങളിൽ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധ ചെലുത്തിക്കൊണ്ടുള്ള ഒരു സമീപനം ആവശ്യമാണെന്നർഥം. അതുകൊണ്ട് ഈ സർവേയിൽ പോഷക നിലവാരത്തെക്കുറിച്ചു ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങളെല്ലാം ഉപേക്ഷിക്കാൻ തീരുമാനിക്കുകയാണുണ്ടായത്.

ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ കണക്കെടുപ്പും വലിയ വിജയമായിരുന്നു. പ്രത്യേകിച്ച് എല്ലാ ആരോഗ്യസുരക്ഷാ സ്ഥാപനങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ. പല കാരണങ്ങളാൽ ഈ കണക്കെടുപ്പിൽ എല്ലാ പഞ്ചായത്തുകളിൽ നിന്നും മുനിസിപ്പൽ പ്രദേശങ്ങളിൽനിന്നും പൂർണമായി വിവരങ്ങൾ

കിട്ടുകയുണ്ടായില്ല . എന്നിരുന്നാലും 85 ശതമാനം പഞ്ചായത്തു കളിലും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളിലും സർവേ നടക്കുകയുണ്ടായി.

4

ആരോഗ്യത്തെ അറിയാൻ സ്ഥിതി വിവരത്തിലൂന്നിയ സമീപനം

ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യനിലവാരത്തെ ഒരു വലിയ അളവിൽ സാമ്പത്തിക നിലവാരം സ്വാധീനിക്കുന്നുണ്ടെന്നുള്ളത് എല്ലാവർക്കുമറിയാവുന്ന കാര്യമാണ്. ഈ പ്രസ്താവം പണ്ഡിതന്മാർ വളരെ പെട്ടെന്ന് സ്വീകരിക്കുമെങ്കിലും വികസ്വര രാഷ്ട്രങ്ങളിലെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യനിലവാരത്തെക്കുറിച്ച് അവിടത്തെ സാമ്പത്തികമാനദണ്ഡത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പ്രായോഗിക പരിജ്ഞാനത്തിലൂടെ നേടിയിട്ടുള്ള അറിവ് വളരെ പരിമിതമാണ്. നേരത്തെ സൂചിപ്പിച്ചതുപോലെ, ആരോഗ്യനിലവാരത്തെക്കുറിച്ച് സാമൂഹികാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള പ്രാഥമിക വിവരങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കേണ്ടതിനെക്കുറിച്ച് 1987–ലെ സർവെ നടത്തുമ്പോൾ ധാരണയുണ്ടായിരുന്നു. ജനങ്ങളുടെ സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക നിലവാരത്തെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി ആരോഗ്യനിലവാരം വിലയിരുത്തുന്നത് വളരെയധികം ഉപകാരപ്രദമായിരിക്കുമെന്ന് ആദ്യം മുതലേ തിരിച്ചറിയുകയുണ്ടായി. അതുകൊണ്ട് ഈ അധ്യായത്തിൽ ചർച്ചചെയ്യുന്നത് ഈ പഠനത്തിന്റെ സമീപനത്തിലും രീതിശാസ്ത്രത്തിലും എങ്ങനെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നിലവാരം ഇണക്കിച്ചേർത്തിരിക്കുന്നു എന്നുള്ളതാണ്.

രണ്ടു നിലവാരഗ്രൂപ്പുകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ കുടുംബങ്ങളെ വിഭജിക്കാൻ നിശ്ചയിച്ചു. ഒന്ന്, സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക നിലവാരം (SES), രണ്ട്, പാരിസ്ഥിതിക നിലവാരം (ENS). ഇതിൽ ഒന്നാമത്തേത് കുടുംബത്തിന്റെ സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക സ്വഭാവവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതാണ്. നമ്മളിതിനെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നിലവാരമെന്നു പറയുന്നുണ്ടെങ്കിലും, ആരംഭത്തിൽ തന്നെ ഒരു കാര്യം

വ്യക്തമാക്കേണ്ടതുണ്ട്: അതായത് ഇത് സാമൂഹ്യനിലവാരം എന്നതിനേക്കാളധികം സാമ്പത്തിക നിലവാരത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്. തീർച്ചയായും, ഇന്ത്യയെപ്പോലൊരു രാജ്യത്തെ സമൂഹത്തിൽ സാമൂഹ്യനിലവാരം കൂടി ഇതിൽ പലതിലും പ്രതിഫലിച്ചു കാണാതിരിക്കില്ല . അതേസമയം സമുദായഗ്രൂപ്പുകൾക്കിടയിൽതന്നെയുള്ള സാമ്പത്തിക വ്യത്യാസം ഇന്ത്യയിലെ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലെ ഒരു യാഥാർഥ്യമാണ്. തെരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുള്ള സവിശേഷതകൾ ഇവയാണ്: 1) പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 2) കുടുംബത്തിന്റെ ഭൂ ഉടമാവകാശം 3) കുടുംബത്തിന്റെ വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരം 4) പാർപ്പിടത്തിന്റെ അവസ്ഥ.

പാരിസ്ഥിതിക നിലവാരം എന്നൊന്ന് പ്രത്യേകമായി ഉണ്ടാക്കാനുള്ള കാരണം, ആരോഗ്യനിലവാരത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ സ്വകാര്യവും പൊതുവുമായ ശുചിത്വ പരിപാലനവും അതിലേറെ ചില പ്രത്യേക ചര്യകളും (ഉദാ: പാചക ഉപാധികൾ) നിർണായക ഘടകങ്ങളാണെന്ന് ഞങ്ങൾക്കു ബോധ്യപ്പെട്ടതിനാലാണ്. ഇത് സാമൂഹ്യ –സാമ്പത്തിക നിലവാരത്തിൽ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുമെന്നും അതുകൊണ്ടിതിന് വലിയ പ്രാധാന്യമില്ലെന്നും ഈ സവിശേഷതയെ അങ്ങനെ ഒറ്റതിരിച്ചുകാണേണ്ടതായ കാര്യമില്ലെന്നും ഒക്കെ വാദിക്കാനുള്ള സാധ്യതകളുണ്ട്. എന്നിരുന്നാലും ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ ഈ യാഥാർഥ്യം വളരെയേറെയുണ്ട്. ഈ സവിശേഷതകൾ കൂട്ടിക്കലർത്താനുള്ള സാധ്യതകളും ഏറെയാണ്. ഉദാഹരണമായി സാമ്പത്തികമായി ഉയർന്ന കുടുംബങ്ങളിൽതന്നെ ഇപ്പോഴും പ്രാകൃതരീതിയിൽ വിറകും മറ്റു കാർഷികാവശിഷ്ടങ്ങളും ഉപയോഗിച്ചുള്ള പാചകരീതികളാണ് നിലവിലുള്ളത്. ഇവയിൽനിന്ന് വമിക്കുന്ന പുക കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തിന് പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടാക്കുന്നുണ്ട്. പ്രത്യേകിച്ച് സ്ത്രീകൾക്ക്. ഈവക കുടുംബങ്ങളുടെ കുടിവെള്ളം, പൊതു പരിസരശുചിത്വം എന്നീ മറ്റു കാര്യങ്ങളിലും ഇതു ബാധകമാണ്. അതുകൊണ്ട് ഞങ്ങൾ കുടുംബത്തിന്റെ പാരിസ്ഥിതിക നിലവാരം നിർണയിക്കാനായി ആറ് സവിശേഷതകൾ തെരഞ്ഞെടുക്കുകയുണ്ടായി: (1) കുടിവെള്ളം (2) ശുചിത്വ സംവിധാനങ്ങൾ (3) പാചകോപാധികൾ (4) മലിനജലം പുറന്തള്ളൽ (5) ഖരമാലിന്യങ്ങൾ പുറന്തള്ളൽ (6) കെട്ടിക്കിടക്കുന്ന വെള്ളമുള്ള അവസ്ഥ എന്നിവയാണവ.

SES-ലേയും ENS-ലേയും സവിശേഷതകളെ 1 മുതൽ 4 വരെയായി റാങ്ക് ചെയ്തു. അതായത് 1 ഏറ്റവും താഴ്ന്നനിലയേയും 4 ഏറ്റവും ഉയർന്ന നിലയേയും കാണിക്കുന്നു എന്നർഥം. രണ്ടാം റാങ്ക് ഒന്നിനേക്കാൾ അല്പം ഉയർന്നതെങ്കിലും താഴ്ന്നനിലയോട് അടുത്തുള്ളതായിരിക്കും. മൂന്നാം റാങ്ക് 4 നേക്കാൾ അല്പം താഴ്ന്നതെങ്കിലും ഉയർന്ന നിലയോട് അടുത്തുള്ളതായിരിക്കും. ചില പ്രത്യേക കേസുകളിൽ (ഉദാ: പരിസരത്തിൽ കെട്ടിനിൽക്കുന്ന വെള്ളമുള്ള അവസ്ഥ) രണ്ടു റാങ്കുകൾ മാത്രമേകാണൂ. ഒന്നും നാലും മാത്രം. എന്നുവച്ചാൽ അനുകൂലമോ പ്രതികൂലമോ ആയ മറുപടി എന്നർഥം. SESലും ENSലും നാലു ഗ്രൂപ്പുകൾ നിർമിക്കുന്നതിന് ഒരു ശരാശരി മൂല്യം സൃഷ്ടിക്കുന്നതിനായാണ് ഈ ഒറ്റയായ റാങ്കുകൾ ഉപയോഗിച്ചത്. ഇത് പിന്നീട് ചർച്ചചെയ്യുന്നതാണ്. ആദ്യമായി SES,ENS എന്നിവയിൽ ഒറ്റപ്പെട്ട സവിശേഷതകൾ റാങ്ക് ചെയ്യാനുപയോഗിച്ച മാനദണ്ഡമെന്തെന്നു നോക്കാം.

SES സവിശേഷതകൾ

(i) വരുമാനം : വരുമാനത്തെ സംബന്ധിച്ച തുകകൾ കുടുംബനാഥൻ പറഞ്ഞതനുസരിച്ചാണ് രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. തീർച്ചയായും, ഇതല്ല വരുമാനം കണക്കാക്കുന്നതിനുള്ള ഏറ്റവും നല്ല മാർഗമെന്നറിയാം. പക്ഷെ, വളരെ കുറഞ്ഞ കാലയളവിൽ തീർക്കേണ്ട ഒരു പ്രക്രിയയായിരുന്നു സർവേ എന്നതുകൊണ്ടാണങ്ങനെ ചെയ്തത്. വരുമാനം കുറച്ചു പറയാനുള്ള പൊതുപ്രവണത കുടുംബത്തലവന്മാർ കാണിച്ചെങ്കിലും ഇത് കൂടിയോ കുറഞ്ഞോ ഏതാണ്ടൊരേ തരത്തിലായിരുന്നു എന്ന് ഞങ്ങൾക്ക് അനുമാനിക്കാൻ കഴിഞ്ഞു. പ്രതിശീർഷ വരുമാനം കണക്കാക്കി താഴെ പറയുന്ന പ്രകാരം കുടുംബങ്ങളെ റാങ്ക് ചെയ്തു:

1. പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 100 രൂപയിലും കുറവാണെങ്കിൽ
2. പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 100 ഓ 190ലും കുറവോ ആണെങ്കിൽ
3. പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 190 ഓ 250ലും കുറവോ ആണെങ്കിൽ
4. പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 250ലും കൂടുതലാണെങ്കിൽ

1987–ൽ കേരളത്തിലെ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ ഒരു വ്യക്തി ഔദ്യോഗിക ദാരിദ്ര്യരേഖയുടെ പരിധി മുറിച്ചുകടക്കുന്നതിനുവേണ്ടത് ഏതാണ്ട് 100 രൂപയായിരുന്നു. ദാരിദ്ര്യരേഖ എന്നിവിടെ പറയുന്നത് 1960-'61ലെ വില നിലവാരമനുസരിച്ച് ഒരു വ്യക്തിക്ക് ഒരു മാസം കിട്ടുന്ന വരുമാനത്തെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയായിരുന്നു. കാർഷിക വൃത്തിയുടെ കൺസ്യൂമർ പ്രൈസ് ഇൻഡക്സിൽ വർധനയുണ്ടായപ്പോൾ ഇത് 100 രൂപയായിട്ടുണ്ടാവണം. അതുകൊണ്ട് ഈ ലെവലിനു താഴെവരുന്ന വരുമാനക്കാരെയെല്ലാം 1 എന്ന് റേങ്ക് ചെയ്തിരിക്കുന്നു. 1987 ലെ വിലകളനുസരിച്ച് കേരളത്തിലെ പ്രതിശീർഷ ശരാശരി ചിലവ് 253 രൂപ എന്നു കണക്കാക്കിയിരിക്കുന്നു. ഈ ചിലവിൽ 75 ശതമാനത്തിൽ താഴെയുള്ളത് സ്റ്റാറ്റസ്–2 എന്നു കണക്കാക്കിയിരിക്കുന്നു. അതായത് ഇതിന്റെ നില ലോവർ മിഡിൽ ആണ്. ചിലവിൽ 75 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതൽ വരുന്നത് അപ്പർമിഡിൽ നിലയെ സൂചിപ്പിക്കുന്നതാണ്; അത് സ്റ്റാറ്റസ്–3 നെ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ശരാശരി പ്രതിശീർഷ വരുമാനത്തിൽ വർധിച്ച വരുമാനമുള്ളത് ഉയർന്ന നിലയെ കാണിക്കുന്നു; ഇത് സ്റ്റാറ്റസ്–4 ആണ്.

ഈ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ ഫലങ്ങൾ രസകരമാണ്. (പട്ടിക 1 നോക്കുക)

പട്ടിക:1

കുടുംബങ്ങൾ വരുമാനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബത്തിന്റെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	3511	35
2	3159	32
3	942	10
4	2328	23

പല കാരണങ്ങളെക്കൊണ്ടും ഫലം വളരെ താല്പര്യജനകമായിരുന്നു. പ്രധാനമായി, ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കു ചുവടെ മൊത്തം കുടുംബങ്ങളുടെ മൂന്നിലൊന്ന് വരുന്നതായി കണ്ടു. അതായത്

മൊത്തം ജനസംഖ്യയുടെ മൂന്നിലൊന്ന് എന്ന് ഒരു അഖണ്ഡരീതിയിൽ ഇത് വ്യാഖ്യാനിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. പ്ലാനിങ്ങ് കമ്മീഷന്റെ കണക്ക് ഇതിലും വളരെ കുറവാണ്. അതായത് ഏതാണ്ട് 23 ശതമാനത്തോളം മാത്രം. ഇതുവച്ചുനോക്കുമ്പോൾ നമ്മുടെ സർവേ ഫലപ്രകാരമുള്ള കണക്ക് വളരെ ഉയർന്നതായി കാണപ്പെടുന്നു. എന്നാൽ സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റിന്റെ വാദഗതിയനുസരിച്ച്, ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കു താഴെയുള്ളവരുടെ സംഖ്യ പ്ലാനിങ്ങ് കമ്മീഷൻ നൽകുന്നതിനേക്കാൾ കൂടുതലാകാനാണ് സാധ്യതയെന്നും അത് 50 ശതമാനത്തിൽ അധികം വരുമെന്നുമാണ്. ഗവൺമെന്റിന്റെ കാഴ്ചപ്പാടനുസരിച്ചുനോക്കുമ്പോൾ നമ്മുടെ കണക്കും വളരെ കുറവാണെന്നു കാണാം. ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കുതാഴെയുള്ളവരുടെ കൃത്യമായ കണക്കിനെ സംബന്ധിച്ച അഭിപ്രായഭേദങ്ങൾ ഇനിയും തുടരാനാണ് വഴി. വിവരങ്ങളുടെ സ്രോതസ്സ് ഏത് എന്നതിനെ അനുസരിച്ചും കണക്കെടുപ്പിന്റെ രീതിശാസ്ത്രമനുസരിച്ചും അതുമാറാതെ തരമില്ല. ഇവിടെ സ്വീകരിച്ച വിവരസ്രോതസ്സ് റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യപ്പെട്ട വരുമാനമാണ്. കാർഷികത്തൊഴിലാളികളുടെ 1987 ലെ വിലപ്രകാരം കൺസ്യൂമർ പ്രൈസ് ഇൻഡക്സ് അനുസരിച്ച് ദാരിദ്ര്യരേഖയിലുണ്ടായ ഉയർച്ച കണക്കാക്കി. ഈ പ്രൈസ് ഇൻഡക്സ് യുക്തിയുക്തമെങ്കിൽ അടുത്ത ചോദ്യം വരുമാന വിവരത്തിന്റെ വിശ്വാസ്യതയെ സംബന്ധിച്ചായിരിക്കും. അതുകൂടി കണക്കിലെടുക്കുമ്പോൾ അണ്ടർ റിപ്പോർട്ടിംഗിനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടുതലാണ്. ആ അർഥത്തിൽ ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കു താഴെയുള്ളവരുടെ സംഖ്യ കൂടുതലായിരിക്കാനാണ് സാധ്യത. മറ്റൊരു പ്രധാന സവിശേഷതയായി ഇവിടെ പറയുന്ന പാർപ്പിടാവസ്ഥയുടെ വിവരണത്തിൽനിന്ന് ഇത് കൂടുതൽ വ്യക്തമാവും.

(ii) ഭൂ ഉടമസ്ഥത: ഇവിടെയും, കുടുംബങ്ങളുടെ വരുതിയിലുള്ള മൊത്തം ഭൂമിയെ കണക്കിലെടുത്ത് നാല് ഗ്രൂപ്പുകളായി റാങ്ക് ചെയ്തു.

1. ഭൂ ഉടമസ്ഥത 11 സെന്റിലും കുറവാണെങ്കിൽ

2. ഭൂ ഉടമസ്ഥത 11 മുതൽ 50 സെന്റ് വരെയെങ്കിൽ

3. ഭൂ ഉടമസ്ഥത 51 മുതൽ 250 സെന്റ് വരെയെങ്കിൽ

4. ഭൂ ഉടമസ്ഥത 250 സെന്റിനുമുകളിൽ.

ആദ്യ ഗ്രൂപ്പു പൊതുവെ ഭൂമിയില്ലാത്തതോ, വളരെകുറച്ചുമാത്രം ഭൂമിയുള്ളവരോ ആണ്. ഭൂമിയുള്ളവർതന്നെ കുടിയിരുപ്പു മാത്രമു ള്ളവരാണ്. കേരള സർക്കാരിന്റെ, ഭൂമിയില്ലാത്തവർക്കുള്ള ഭൂമി പുനർവിതരണത്തിന്റെ ഭാഗമായി കിട്ടിയ 10 സെന്റ് ആണ് ഉയർന്ന പരിധി. രണ്ടാം ഗ്രൂപ്പുകാർ ശരാശരിക്കാരാണ്. അവർ ഭൂമിയിൽനിന്ന് സ്ഥിരവരുമാനമൊന്നും കിട്ടുന്നവരല്ല. മൂന്നാം ഗ്രൂപ്പിലുള്ളവർ ചെറു കിട കൃഷിക്കാരാണ്. അവസാന ഗ്രൂപ്പിൽ ചെറുകിട കർഷകരിലും ഉയർന്ന സ്റ്റാറ്റസ്സിലുള്ളവരെ ഒന്നിച്ചു പരിഗണിച്ചിരിക്കുന്നു.

കുടുംബങ്ങളെ ഭൂ ഉടമസ്ഥതയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഗ്രൂപ്പ് ചെയ്തിരിക്കുന്നതിന്റെ ഫലം താഴെ പറയുന്നു:

പട്ടിക 2

ഭൂ ഉടമസ്ഥതയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള

കുടുംബങ്ങളുടെ ഗ്രൂപ്പിങ്ങ്

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	2668	27
2	3177	32
3	2910	29
4	1185	12

ഭൂവിതരണം കാണിക്കുന്നത്10 സെന്റിലും താഴെ ഭൂമിയുള്ളവർ ഏതാണ്ട് 27 ശതമാനമാണെന്നാണ്; ഇത് ദാരിദ്ര്യ രേഖയ്ക്കു താഴെയു ള്ളവരിൽ നിന്നും കുറവാണ്. ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലുള്ള ഈ കാറ്റഗറി യിൽ പെട്ടവരാണ് മറ്റു കാറ്റഗറികളിൽ പെട്ടവരേക്കാൾ പെട്ടെന്ന് ദാരി ദ്ര്യത്തിനടിമപ്പെടുന്നതെന്ന് പൊതുവെ പറയാം. വരുമാനദരി ദ്രരേക്കാൾ കുറവാണ് ഭൂദരിദ്രർ (Land poor) എന്നു കാണുന്നു. ഏതായാലും വരുമാനത്തിന്റെ അണ്ടർ റിപ്പോർട്ടിങ്ങിന് സാധ്യത സമ്മതിച്ചാൽ വ്യത്യാസം വളരെ നേരിയതായിരിക്കും.

(iii) വിദ്യാഭ്യാസപ്രാപ്തി: കുടുംബങ്ങളെ വിദ്യാഭ്യാസലബ്ധിയനുസരിച്ച് വിഭാഗീകരിക്കുമ്പോൾ കേരളത്തിലെ ചില പ്രത്യേക സ്ഥിതി ഗതികൾ കൂടി പരിഗണിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഏതാണ്ട് 2 ശതമാനം കുടുംബങ്ങളിൽ മാത്രമേ എല്ലാ അംഗങ്ങളും നിരക്ഷരരായുള്ളൂ. ഇതിനർത്ഥം മറ്റ് മിക്ക കുടുംബങ്ങളിലും ഒരു സാക്ഷരനോ സ്കൂളിൽ പോകുന്ന കുട്ടിയോ ഉണ്ടെന്നാണ്. അതുകൊണ്ട് ഈ മാനദണ്ഡത്തെ കൂടുതൽ കർക്കശമായി പ്രയോഗിക്കാൻ തീരുമാനിച്ചു. റാങ്കിങ്ങ് താഴെ പറയുന്നതു പ്രകാരമാണ്.

1. ഹൈസ്കൂൾതലത്തിലോ അതിനു മേലെയോ വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ആരും ഇല്ലാത്തതോ 7 വർഷത്തെ വിദ്യാഭ്യാസം കിട്ടിയ ഒരംഗമെങ്കിലും ഉള്ളതുമായ കുടുംബം.

2. ഹൈസ്കൂൾതല വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ഒരംഗമെങ്കിലും ഉള്ളതും എന്നാൽ അതിനുമേലെ വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ആരും ഇല്ലാത്തതുമായ കുടുംബം.

3. ഹൈസ്കൂൾതല വിദ്യാഭ്യാസം നേടിയ ഒന്നിലധികം അംഗങ്ങളുള്ളതും ഹൈസ്കൂൾ തലത്തിനു മീതെ വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ഒരംഗമെങ്കിലും ഉള്ളതുമായ കുടുംബം.

4. ഹൈസ്കൂൾതല വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് മുകളിൽ വിദ്യാഭ്യാസം നേടിയ ഒന്നിലധികം അംഗങ്ങൾ ഉള്ള കുടുംബം.

പട്ടിക മൂന്നിൽ കാണാൻ കഴിയുന്നതുപോലെ, ഇതിന്റെ ഫലം വളരെ രസകരമായിരുന്നു. കേരളത്തിലെ ഗ്രാമങ്ങളിലെ പകുതിയിലധികം കുടുംബങ്ങളിൽ ഹൈസ്കൂൾതല വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു മുകളിൽ വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ഒരംഗമെങ്കിലും ഉണ്ടായിരുന്നു. ഡിഗ്രി തുടങ്ങിയ ഉന്നത വിദ്യാഭ്യാസമുള്ളവരാണിവരെന്ന് അതിനർത്ഥമില്ല. സെക്കന്ററി വിദ്യാഭ്യാസത്തിനുശേഷമുള്ള പ്രീഡിഗ്രി, പോളിടെക്നിക്കുകളിലെയോ ഇന്റസ്ട്രിയൽ ട്രെയ്നിങ്ങ് വൊക്കേഷണൽ ട്രെയ്നിങ്ങ് പോലെയുള്ള ട്രെയ്നിങ്ങ് എന്നിവയെല്ലാം ഉൾപ്പെടുന്നു. ഏറ്റവും താഴെത്തട്ടിൽ, അതായത് 7 വർഷത്തെ സ്കൂൾ വിദ്യാഭ്യാസത്തിലും താഴെ വിദ്യാഭ്യാസമുള്ള ഒരംഗമെങ്കിലുമില്ലാത്ത കുടുംബങ്ങൾ ഏതാണ്ട് 26 ശതമാനത്തോളം വരും. ഇത് ഭൂ ഉടമസ്ഥതയുടെ താഴെത്തട്ടിൽ വരുന്നവരുമാണ്.

പട്ടിക 3

വിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ

കുടുംബങ്ങളുടെ വിതരണം

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	2541	26
2	1833	18
3	3619	36
4	1947	20

(IV) പാർപ്പിടം

പാർപ്പിടാവസ്ഥയുടെ രണ്ട് ഘടകങ്ങൾ പരിഗണിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഒന്ന്, തറ വിസ്തൃതി അടിസ്ഥാനവും രണ്ട് മേൽക്കൂര രീതി അടിസ്ഥാനവും. ഈ രണ്ട് അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള പാർപ്പിട സ്വഭാവത്തെ പരിഗണിച്ചുള്ള ഗ്രൂപ്പിങ്ങിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ താഴെ :

1. തറ വിസ്തീർണം 200 ച.അടിയും അതിനു താഴെയുമാണെങ്കിൽ

2. തറ വിസ്തീർണം 201 ച. അടിയ്ക്കും 500 ച. അടിയ്ക്കും ഇടയിലാണെങ്കിൽ

3. തറ വിസ്തീർണം 501 ച. അടിയ്ക്കും 1000 ച. അടിയ്ക്കും ഇടയിലാണെങ്കിൽ

4. തറ വിസ്തീർണം 1000 ച. അടിയ്ക്കു മുകളിലാണെങ്കിൽ.

മേൽക്കൂരയുടെ രീതിയനുസരിച്ചുള്ള ഗ്രൂപ്പിങ്ങിന് താഴെയുള്ള രീതി പരിഗണിച്ചിരിക്കുന്നു.

1. മേൽക്കൂര പുല്ല്, വയ്ക്കോൽ മുതലായവ കൊണ്ടാണെങ്കിൽ

2. മേൽക്കൂര ഷീറ്റ്, ആസ്ബെസ്റ്റോസ് മറ്റെന്തെങ്കിലുമാണെങ്കിൽ

3. മേൽക്കൂര ഓടുകൊണ്ടുള്ളതാണെങ്കിൽ

4. മേൽക്കൂര കോൺക്രീറ്റുകൊണ്ടാണെങ്കിൽ

പട്ടിക 4.

സ്റ്റാറ്റസ്	തറ വിസ്തീർണം		മേൽക്കൂര	
	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	3652	37	3048	31
2	3428	35	144	1
3	1972	20	5736	58
4	888	9	1012	10

തറ വിസ്തീർണമനുസരിച്ചുള്ള ഏറ്റവും കുറഞ്ഞതും ഏറ്റവും കൂടുതലുള്ളതുമായ ഗ്രൂപ്പിനോട് വളരെ സാമ്യമുണ്ട് മേൽക്കൂരയനുസരിച്ചുള്ള വിഭാഗത്തിലെ വിതരണത്തിനും. മധ്യഗ്രൂപ്പ് വ്യതിരിക്തമാവുന്നത് തറ വിസ്തീർണം കൊണ്ടുള്ളതിനേക്കാൾ മേൽക്കൂര കൊണ്ടാണ്. കാരണം ഈ ഗ്രൂപ്പിൽ കൂടുതലും ഓടാണ് മേയാനുപയോഗിക്കുന്നത് എന്നുള്ളതാണ്. ഈ ശതകത്തിൽ 1940 നു ശേഷം പ്രത്യേകിച്ചും കേരളത്തിൽ ഓടുവെച്ച മേൽക്കൂര വളരെ സാർവത്രികമായി.

സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്റ്റാറ്റസ് ഗ്രൂപ്പുകളുടെ ഘടന

ഈ സ്വഭാവങ്ങളെല്ലാം ഉപയോഗിച്ച് ഗ്രാമീണ കുടുംബങ്ങളുടെ SES ഗ്രൂപ്പിങ്ങ് നിർമിക്കാം. ഇതിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നിനു മാത്രമായി സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സ്റ്റാറ്റസിനെ പക്ഷപാതരഹിതമായി പിടിച്ചെടുക്കാനാവില്ലെന്നതാണ് ഇതിനു കാരണം. വരുമാനത്തിന്റെ അണ്ടർ റിപ്പോർട്ടിങ്ങ്, ഒരു പരിധിവരെ, ഭൂ ഉടമസ്ഥതയുടെ വിതരണം വഴി സമതുലിതമാക്കപ്പെടുന്നുണ്ട്. പാർപ്പിടാവസ്ഥ കുടുംബത്തിന്റെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സ്റ്റാറ്റസിനെ ദൃശ്യവൽക്കരിക്കുന്ന നല്ലൊരു സൂചകമാണ്. വിവിധ സ്വഭാവഘടകങ്ങൾക്ക് അവയുടെ മൂല്യമനുസരിച്ച് പ്രാമുഖ്യം അഥവാ ഭാരം നിശ്ചയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആരോഗ്യനില മനസ്സിലാക്കുന്നതിനുവേണ്ടിയാണിത്. ഭാരം നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ളത് ഇപ്രകാരമാണ്. വരുമാനത്തിന് 0.35

വിദ്യാഭ്യാസത്തിന് 0.25; പാർപ്പിടത്തിന് 0.25 (മേൽക്കൂരയ്ക്ക് 0.10; വിസ്തീർണത്തിന് 0.15); ഭൂമിയ്ക്ക്. 0.15 ആരോഗ്യസ്റ്റാറ്റസിന്റെ കാര്യത്തിൽ പ്രതിശീർഷ വരുമാനം വളരെ പ്രാധാന്യമുള്ള തായിട്ടാണ് പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നത്. കാരണം ചികിത്സയ്ക്ക് പണം കൊടുക്കുക എന്ന ഏർപ്പാടുണ്ടല്ലോ. വിദ്യാഭ്യാസം ആരോഗ്യ രക്ഷ യുടെ അവബോധവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. പാർപ്പിടാവസ്ഥ ഭൗതികസുഖസൗകര്യങ്ങളെ ഒരു പരിധിവരെ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നു. ഭൂമിയെ വരുമാനത്തിനു പകരമായി പരിഗണിച്ചിരിക്കുന്നു. കിട്ടിയ റാങ്കുകളെ പ്രാമുഖ്യക്രമം കൊടുക്കുകയും SESന്റെ നാലു ഗ്രൂപ്പുകൾ കിട്ടുകയും ചെയ്തു. ഇതിനെ താഴെ പറയും വിധം സ്വഭാവ വൽക്കരിച്ചിരിക്കുന്നു.

SES 1 ദരിദ്രൻ

SES 2 ഒരളവിൽ ദരിദ്രൻ

SES 3 ദരിദ്രരല്ലാത്തവർ

SES 4 വളരെ മെച്ചപ്പെട്ടവർ

സാധാരണ ഉപയോഗത്തിൽ ഏതാണ്ടിത് ഇപ്രകാരം പറയാമെന്നുതോന്നുന്നു: തികച്ചും ദരിദ്രൻ (Poorer class), ചെറുകിട മധ്യവർഗം (Lower middle class), മധ്യവർഗം (Middle class), സമ്പന്ന വർഗം (Richer class). SES ഗ്രൂപ്പിങ്ങിന്റെ നിർമിതിയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ താഴെ പറയുന്ന ഫലങ്ങൾ കിട്ടുകയുണ്ടായി.

SES ഗ്രൂപ്പിനനുസരിച്ച് കുടുംബവിതരണത്തിലെ മാറ്റങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നത് രസകരമാണ്. 'ദരിദ്ര' ഗ്രൂപ്പിൽ വരുന്നവർ ഒറ്റപ്പെട്ട സ്വഭാവസവിശേഷതകൾ (Individual characteristics) പരിഗണിക്കു മ്പോൾ അവരുടെ യഥാർഥ പങ്കിനേക്കാൾ വളരെ കുറവാണെന്നു കാണാം. (ഏകദേശം പകുതി). ഇതു കാണിക്കുന്നത് കേരളത്തിലെ ദരിദ്രർ ഒരേ രീതിയിൽ എല്ലാമേഖലയിലും ദരിദ്രരല്ല

പട്ടിക 5

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	1458	14
2	4794	49
3	2886	29
4	802	8
ആകെ	9940	100

എന്നാണ്. ഇവിടെ പറഞ്ഞതിൽ നാലു സവിശേഷതകളും പരിഗണിച്ചുനോക്കുമ്പോൾ മൊത്തം കുടുംബങ്ങളിൽ പകുതിയെണ്ണം ചുരുങ്ങിയത് ഒരു സ്വഭാവ സവിശേഷതകൊണ്ടെങ്കിലും താഴ്ന്ന നിലയിൽനിന്ന് ഉയർന്നുനിൽക്കുന്നു. 'ഒരളവിൽ ദരിദ്രർ' സ്റ്റാറ്റസ്സ് ഗ്രൂപ്പിന്റെ വലിപ്പം തന്നെ ഇതിനു തെളിവാണ്. 'വളരെ മെച്ചപ്പെട്ടവർ' എന്ന ഗ്രൂപ്പിൽ വരുന്നവരുടെ കാര്യവും 'ദരിദ്രർ' എന്നതിനോട് ഒരളവിൽ സമാനമാണ്. ഒറ്റപ്പെട്ട സ്വഭാവ സവിശേഷതകൾ പരിഗണിക്കുമ്പോൾ ഈ ഗ്രൂപ്പിന്റെ പങ്ക് ഇനിയും ഉയരുന്നതാണ്. മറ്റൊന്നുകൂടിയുണ്ട്, നാലെണ്ണവും പരിഗണിക്കുമ്പോൾ വളരെയധികം കുടുംബങ്ങൾ എല്ലാറ്റിലും ഒരുപോലെ 'വളരെ മെച്ചപ്പെട്ട' കുടുംബങ്ങൾ ആയിക്കൊള്ളണമെന്നില്ല . ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലെ കുടുംബങ്ങളുടെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പ് നൽകുന്ന ചിത്രം സൂചിപ്പിക്കുന്നത് കേരളത്തിലെ ഗ്രാമങ്ങളിൽ ഏറ്റവും സമ്പന്നരായവരും ഏറ്റവും ദരിദ്രതയുള്ളവരും കുറവാണെന്നതാണ്. ഇതിനനുരൂപമായ വിധത്തിൽ മധ്യഗ്രൂപ്പിന്റെ ആധിപത്യം കാണാം. സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവുമായി ദരിദ്രരായവരുടെ തൊട്ടുമു കളിലുള്ള 'ഒരളവിൽ ദരിദ്രർ' എന്ന വിഭാഗത്തിന്റെ വർധനവ് ഇതു വ്യക്തമാക്കുന്നു.

പരിസ്ഥിതി സ്റ്റാറ്റസിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള കുടുംബങ്ങളുടെ ഗ്രൂപ്പിങ്ങ്

നേരത്തെ വാദിച്ചതുപോലെ, പാരിസ്ഥിതിക ശുചീകരണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഒരു പ്രത്യേക സ്റ്റാറ്റസ് ഗ്രൂപ്പിങ്ങ് ഈ പഠനത്തിൽ പ്രസക്തമായിരിക്കുമെന്ന് വിചാരിക്കുന്നു. ഈ ഉദ്ദേശ്യത്തോടെ ആറ് സ്വഭാവസവിശേഷതകൾ തെരഞ്ഞെടുത്തിരിക്കുന്നു. (1) പാചക ഉപാധികൾ (2) കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ് (3) ശുചിത്വസംവിധാനം (4) മലിനജല ബഹിർഗമനത്തിനുള്ള സംവിധാനം (5) ഖര മാലിന്യങ്ങൾ പുറന്തള്ളാനുള്ള മാർഗങ്ങൾ (6) പരിസരങ്ങളിൽ കെട്ടിക്കിടക്കുന്ന വെള്ളമുള്ള അവസ്ഥ. ഈ സവിശേഷതകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള കുടുംബങ്ങളുടെ വിതരണം ആദ്യം ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു.

പാചക ഉപാധികൾ:

പാചക ഉപാധികളനുസരിച്ച് കുടുംബങ്ങളെ റാങ്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. താഴെ പറയുന്ന നാല് ഗ്രൂപ്പുകളായാണ് വിഭജിച്ചിട്ടുള്ളത്.

1. വിറകു കത്തിക്കുന്ന പാരമ്പര്യ അടുപ്പാണെങ്കിൽ

2. വിറകു കത്തിക്കുന്ന ഉയർന്ന ദക്ഷതയുള്ള പുകകുറഞ്ഞ ആധുനികരീതിയിലുള്ള സംവിധാനങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ

3. മണ്ണെണ്ണ സ്റ്റൗ ആണെങ്കിൽ

4. പാചകത്തിന് ഗ്യാസ് (LPG) സ്റ്റൗവോ/ഇലക്ട്രിക്ക് സ്റ്റൗവോ ആണെങ്കിൽ

കേരളത്തിലെ ഗ്രാമ പ്രദേശങ്ങളിൽ പാരമ്പര്യരീതിയനുസരിച്ചുള്ള വിറകുകത്തിച്ചുള്ള അടുപ്പുകളുടെ അത്യധികമായ പ്രാബല്യമാണ് ഇപ്രകാരമുള്ള വിലയിരുത്തലിൽ കാണാൻ കഴിഞ്ഞത്. ഇക്കാര്യത്തിൽ വരുമാനം, വിദ്യാഭ്യാസം തുടങ്ങിയ മറ്റുപലതും അപ്രസക്തമാവുന്നവിധത്തിൽ പ്രബലമാണ് ഈ രീതി. ഏതാണ്ട് 96 ശതമാനം കുടുംബങ്ങളും ഈ രീതി ഉപയോഗിക്കുന്നു. അതേസമയം ദക്ഷതകൂടിയ പുകകുറഞ്ഞ ആധുനിക രീതിയിലുള്ള അടുപ്പുകൾ വെറും ഒരു ശതമാനം മാത്രമാണ്. രണ്ടാമതു പറഞ്ഞ തരത്തിലുള്ളവ എണ്ണത്തിൽ ഏതാണ്ട് 40,000 വരും. ആധുനിക

രീതിയിലുള്ള വിറകുകത്തിക്കുന്ന അടുപ്പുകൾ വിതരണം ചെയ്യാൻ തുടങ്ങിയതിനുശേഷം അതിന്റെ എണ്ണം കൂടുന്നുണ്ട്. എങ്കിലും പാരമ്പര്യ അടുപ്പുകൾ മുഴുവൻ മാറ്റി ആധുനിക രീതിയിലുള്ളവ സ്ഥാപിക്കുക എന്നത് വളരെ വിദൂരമായ ഒരു കാര്യമാണ്. വെറും ഒരു ശതമാനം പേർ മണ്ണെണ്ണ ഉപയോഗിക്കുന്നു; അതേ സമയം 3 ശതമാനം പേർ ഒന്നുകിൽ ഗ്യാസ്സ്റ്റൗവോ അല്ലെങ്കിൽ ഇലക്ട്രിക്ക് സ്റ്റൗവോ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

പട്ടിക 6

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	9502	96
2	80	1
3	111	1
4	247	3
ആകെ	9940	100

കുടിവെള്ളം: ENS ന്റെ നിർമിതിയ്ക്ക് കണക്കിലെടുത്ത മറ്റൊരു സവിശേഷതയാണ് കുടുംബങ്ങളുടെ കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ്. താഴെ പറയുന്ന മാനദണ്ഡം അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയാണ് വിഭാഗീകരണം നടത്തിയിരിക്കുന്നത്.

1. കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ് തടാകമോ കുളമോ കനാലോ അല്ലെങ്കിൽ ഇതുപോലുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും സ്രോതസ്സുകളോ ആണെങ്കിൽ;

2. കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ് മറ്റുള്ളവരുടെ കിണർ അല്ലെങ്കിൽ പൊതുകിണർ ആണെങ്കിൽ;

3. കുടിവെള്ളസ്രോതസ്സ് സ്വന്തം കിണറോ അല്ലെങ്കിൽ പൊതു ടാപ്പോ ആണെങ്കിൽ;

4. കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ് വീട്ടിലെ വാട്ടർടാപ്പ് ആണെങ്കിൽ;

ഇവിടെ ഭൂരിപക്ഷം കുടുംബങ്ങളും (89 ശതമാനം) കിണറുകളെ ആശ്രയിക്കുന്നു- സ്വന്തം കിണറോ, മറ്റുള്ളവരുടെ കിണറുകളോ അല്ലെങ്കിൽ പൊതുകിണറോ. പൈപ്പു വെള്ളം സ്വന്തം വീട്ടിൽ കിട്ടുന്നവർ 4 ശതമാനത്തിലും കുറവാണ്. 7 ശതമാനത്തോളം കുടുംബങ്ങൾ ഒട്ടും സുരക്ഷിതമല്ലാത്തതായ സ്രോതസ്സ് എന്നറിയപ്പെടുന്ന കുളങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ കനാലുകളിൽ നിന്നാണ് കുടിവെള്ളം എടുക്കുന്നത്. വിതരണം താഴെ പറയും പ്രകാരമാണ്.

പട്ടിക 7

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	694	7
2	2703	27
3	6183	62
4	360	4
ആകെ	9940	100

ശുചിത്വ സംവിധാനങ്ങൾ: ശുചിത്വ സംവിധാനത്തിന്റെ കാര്യത്തെക്കുറിച്ചു പറയുമ്പോൾ പ്രധാനമായും ഊന്നുന്നത് കുടുംബത്തിൽ ഉപയോഗിക്കുന്ന കക്കൂസ് ഏതുതരത്തിലുള്ളതാണ് എന്നതാണ്. കുടുംബങ്ങളെ ഇതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മൂന്നു വിഭാഗമായി തിരിച്ചിരിക്കുന്നു.

1. കക്കൂസായി ഉപയോഗിക്കുന്നത് വെളിപ്പറമ്പോ, സ്വന്തം സ്ഥലമോ, അല്ലെങ്കിൽ കായൽ/കനാൽ എന്നിവയോ ആണെങ്കിൽ;

2. ലീച്ച് പിറ്റോ, സെപ്റ്റിക് ടാങ്കോ അല്ലാത്ത കക്കൂസുകളാണെങ്കിൽ;

4. സെപ്റ്റിക്ടാങ്കുള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ ലീച്ച് പിറ്റ്കക്കൂസോ ആണെങ്കിൽ

ഇതിന്റെ ഫലം കാണിക്കുന്നത് മൂന്നിൽ രണ്ടും കുടുംബങ്ങൾക്കും ശുചിത്വപരമായി സുരക്ഷിതമായ കക്കൂസ് സൗകര്യം

ഇല്ലെന്നാണ്. മൊത്തം കുടുംബങ്ങളിൽ പകുതിയിലധികം കുടുംബ ങ്ങളിലും സ്വകാര്യ കക്കൂസ് സൗകര്യമില്ല.

പട്ടിക 8

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	5138	52
2	1415	14
4	3387	34
ആകെ	9940	100

മലിനജല നിർമാർജനം: ENS ന്റെ അളവുകോൽ എന്നനിലയിൽ മലിനജല നിർമാർജനത്തിന് വളരെ പ്രാധാന്യമുള്ളതായി പരിഗണി ച്ചിരിക്കുന്നു. കുടുംബങ്ങളുടെ റാങ്കിങ്ങ് താഴെപറയും പ്രകാരമാണ്.

1. മലിനജല നിർമാർജനത്തിന് യാതൊരു സംവിധാനവും ഇല്ലെങ്കിൽ;

2. മലിനജലം അടുക്കളത്തോട്ടത്തിലേക്ക് തിരിച്ചുവിട്ടെങ്കിൽ;

3. മലിനജലം ഒഴുക്കിക്കളയാൻ ഒരു കുഴിയോ അല്ലെങ്കിൽ വീടി നു പുറത്തേക്കു പോകാനുള്ള മറ്റു മാർഗമോ ഉണ്ടെങ്കിൽ

4. ഓവുചാൽ സൗകര്യമുണ്ടെങ്കിൽ.

ഏതാണ്ട് പകുതിയോളം കുടുംബങ്ങളിൽ മലിനജലനിർ മാർജനത്തിന് യാതൊരു സംവിധാനവുമില്ല. ഓവുചാൽ സൗകര്യ മുള്ള കുടുംബങ്ങൾ വളരെ പരിമിതവുമാണ്. (പട്ടിക 9)

ഖരമാലിന്യ നിർമാർജനം:

ENS അളക്കുന്നതിന്റെ മറ്റൊരു സവിശേഷത ഖരമാലിന്യ നിർമാർജനമാണ്. ഖരമാലിന്യനിർമാർജനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാ നത്തിൽ കുടുംബങ്ങളെ റാങ്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. ഇവ:

1. വെറുതെ പുറത്തേക്കു വലിച്ചെറിയുകയാണെങ്കിൽ;

പട്ടിക 9

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	4899	49
2	2673	27
3	2119	21
4	249	3
ആകെ	9940	100

2. ഒരു കുഴിയിൽ നിക്ഷേപിക്കുകയാണെങ്കിൽ;

4. കത്തിച്ചുകളയുകയോ കമ്പോസ്റ്റ് ആക്കിമാറ്റുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ.

ഖരമാലിന്യങ്ങൾ നിർമാർജനം ചെയ്യുന്നതിൽ ബോധപൂർവമായ ഒരു പ്രവർത്തനമല്ല നടക്കുന്നത് എന്നാണ് ഫലങ്ങൾ കാണിക്കുന്നത്. ഭൂരിപക്ഷം കുടുംബങ്ങളും (70 ശതമാനം) ഖരമാലിന്യങ്ങൾ വെറുതെ പുറത്തെറിഞ്ഞു കളയുന്ന രീതിയാണ് സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. ചെറിയൊരു ശതമാനം മാത്രമേ കുഴികുത്തി ഖരമാലിന്യങ്ങൾ അതിൽ നിക്ഷേപിക്കുന്നുള്ളൂ. എന്നിരിക്കിലും 21 ശതമാനത്തിലധികം കുടുംബങ്ങൾ ഒന്നുകിൽ കരിച്ചുകളയുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ബോധപൂർവമായി കമ്പോസ്റ്റാക്കിമാറ്റുകയോ ചെയ്യുന്നു.

പട്ടിക 10

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	6946	70
2	865	9
4	2129	21
ആകെ	9940	100

പരിസരങ്ങളിൽ കെട്ടിക്കിടക്കുന്ന വെള്ളം: ഈ മാനദണ്ഡമനുസരിച്ച് കുടുംബങ്ങളെ രണ്ടായി വിഭജിച്ചിരിക്കുന്നു; ചുറ്റുപാടിൽ കെട്ടിക്കിടക്കുന്ന വെള്ളത്തിന്റെ പ്രശ്നമുള്ളവയും, ആ പ്രശ്നം ഇല്ലാത്തവയും. അത്ഭുതകരമെന്നു പറയട്ടെ, ബഹുഭൂരിപക്ഷം കുടുംബങ്ങളിലും അത്തരമൊരു പ്രശ്നമുള്ളതായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടില്ല.

പട്ടിക 11

സ്റ്റാറ്റസ്	കുടുംബങ്ങളുടെ എണ്ണം	ശതമാനം
1	1316	13
4	8624	87
ആകെ	9940	100

5.
ജനസംഖ്യ: അടിസ്ഥാന സൂചകങ്ങൾ

ഈയിടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച കണക്കുകൾ പ്രകാരം കേരള ത്തിലെ ജനനമരണനിരക്കും ശിശുമരണനിരക്കും താഴെ കൊടുത്തതു പ്രകാരമാണ്.

	ഗ്രാമങ്ങളിൽ	പട്ടണങ്ങളിൽ	ആകെ
ജനനനിരക്ക്	22.3	23.3	22.4
മരണനിരക്ക്	6.2	6.3	6.2
ശിശുമരണ നിരക്ക്	28	20	27

ഞങ്ങളുടെ സാമ്പിളിൽ 57,665 ആൾക്കാർ അടങ്ങുന്ന 9940 ഗ്രാമീണ കുടുംബങ്ങളുണ്ടായിരുന്നു. പിന്നിട്ട വർഷത്തിൽ ഉണ്ടായിട്ടുള്ള ജനനമരണങ്ങളെ ആധാരമാക്കിയ ജനനനിരക്ക്, മരണനിരക്ക്, ശിശുമരണനിരക്ക് എന്നിവ 23.5, 5.8, 23.5 എന്നിങ്ങനെയാണ് സാമ്പിളിൽനിന്നും ലഭിച്ചത്. ഔദ്യോഗിക കണക്കുകളുമായി ഏതാണ്ട് സാമ്യമുള്ളതാണ് ഈ കണക്കുകളെന്ന് ഞങ്ങൾ കരുതുന്നു. ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ച മരണനിരക്കിലുള്ള ചെറിയ കുറവ് ഒരു പക്ഷേ ചില മരണങ്ങളുടെ വിവരം നൽകാൻ വിട്ടുപോയതുകൊണ്ടാകാം.

പിന്നീട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതുപോലെ, സാമ്പിളിനെടുത്ത കുടുംബങ്ങളെ അവരുടെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നിലവാരമനുസരിച്ച് നാലായിട്ടാണ് തരംതിരിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഏതാണ്ട് 15% കുടുംബങ്ങൾ ഏറ്റവും പാവപ്പെട്ട വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്നു. അതായത് ക്ലാസ്സ് I. 48% രണ്ടാമത്തെ വിഭാഗത്തിലും അതായത് ക്ലാസ്സ് IIവും 29% മൂന്നാമത്തെ വിഭാഗത്തിലും 8% നാലാമത്തെ, അതായത്

ഏറ്റവും സമ്പന്നമായ വിഭാഗത്തിലും പെടുന്നു. പട്ടികയും ഇതു പ്രകാരമാണ് തരം തിരിച്ചിരിക്കുന്നത്. (പട്ടിക 1, 2)

പട്ടിക 1

മതവിഭാഗവും സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പും (SES) - വീടുകളുടെ എണ്ണം

	ഗ്രൂപ്പ്				
	ഒന്ന്	രണ്ട്	മൂന്ന്	നാല്	ആകെ
ഹിന്ദു	**842**	**2836**	**1590**	**385**	**5653**
	(15.0)	*(50)*	*(28.1)*	*(6.8)*	*(100)*
ക്രിസ്ത്യൻ	**196**	**859**	**772**	**310**	**2137**
	(9.2)	*(40.2)*	*(36.1)*	*(14.5)*	*(100)*
മുസ്ലീം	**392**	**1057**	**515**	**102**	**2066**
	(19.0)	*(51.2)*	*(24.9)*	*(4.9)*	*(100)*
മറ്റുള്ളവ	**11**	**15**	**1**	**1**	**28**
	(39.3)	*(53.6)*	*(3.6)*	*(3.6)*	*(100)*
ഇല്ലാത്തത്	**0**	**3**	**3**	**0**	**6**
പറയാത്തത്	**17**	**24**	**5**	**4**	**50**
ആകെ	**1458**	**4794**	**2886**	**802**	**9940**
	(14.7)	*(48.2)*	*(29.)*	*(8.1)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിലുള്ളത് ശതമാനം)

സാമൂഹ്യ നിലവാരം അനുസരിച്ചുള്ള ജനനനിരക്കും മരണ നിരക്കും പഠിക്കുമ്പോൾ ഒരു പ്രധാനപ്പെട്ട വ്യത്യാസം നമ്മുടെ ശ്രദ്ധ യിൽപ്പെടുന്നു. ക്ലാസ്സ് I ലുള്ള മരണനിരക്കും അടുത്ത ക്ലാസ്സിലുള്ള മരണനിരക്കും തമ്മിൽ സാരമായ വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിലും (2.3/1000), മറ്റുള്ള ക്ലാസ്സുകൾ തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾ വളരെ തുച്ഛമാണ്. എന്നാൽ ജനനനിരക്കിന്റെ കാര്യത്തിൽ ക്രമാനുസൃതമായ മാറ്റമാണ്

കാണുന്നത്. അതായത് ക്ലാസ്സ് I–ൽ ഏറ്റവും കൂടിയ ജനന നിരക്കും ക്ലാസ്സ് II–ൽ ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ ജനനനിരക്കും. (പട്ടിക 3,4)

പട്ടിക 1(a)

പട്ടികജാതി/പട്ടികവർഗ്ഗക്കാർ സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പനുസരിച്ച്

	ഗ്രൂപ്പ്				
പ.ജാ/പ.വ	ഒന്ന്	രണ്ട്	മൂന്ന്	നാല്	ആകെ
പ.ജാ(വീടുകൾ)	**276**	**585**	**106**	**9**	**976**
	(28.3)	*(59.9)*	*(10.9)*	*(0.9)*	*(100)*
പ.ജ.(ആളുകൾ)	**1398**	**3402**	**626**	**45**	**5471**
	(25.6)	*(62.2)*	*(11.4)*	*(0.8)*	*(100)*
പ.വ(വീടുകൾ)	**67**	**100**	**31**	**8**	**206**
	(32.5)	*(48.5)*	*(15.0)*	*(3.9)*	*(100)*
പ.വ(ആളുകൾ)	**320**	**620**	**173**	**44**	**1157**
	(27.7)	*(53.6)*	*(15.0)*	*(3.8)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിലുള്ളത് ശതമാനങ്ങൾ)

ജനങ്ങളിൽ ഭൂരിപക്ഷവും ഹിന്ദുക്കളാണ്. അവ ആകെയുള്ള ജനസമൂഹത്തിനെ തരംതിരിച്ചിട്ടുള്ള അതേ മാതൃകതന്നെ അനുകരിക്കുന്നു. എന്നാൽ ക്രിസ്ത്യൻ ജനസമൂഹം പൊതുവേ കൂടുതൽ സമ്പന്നവും മുസ്ലീം സമുദായം അത്രതന്നെ സമ്പന്നമല്ലാത്തവരുമാണെന്നുകാണാം. പട്ടികജാതിക്കാരുടെയിടയിൽ 28% (അതായത് സാധാരണ അനുപാതത്തിന്റെ ഇരട്ടി) ജനങ്ങൾ ഏറ്റവും താഴ്ന്ന സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക വിഭാഗത്തിലും, ഒരു ശതമാനത്തിൽ കുറവു മാത്രം ഏറ്റവും ഉയർന്ന സാമ്പത്തിക വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്നവരുമായി കാണപ്പെടുന്നുള്ളു. പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുടെയിടയിൽ ഇത് 28% വും 4% വുമാണ്. ആകെയുള്ള കുടുംബങ്ങളിൽ 57% ഹിന്ദുക്കളും, 21.5% ക്രിസ്ത്യാനികളും, 21%മുസ്ലീംകളും, 9.8% പട്ടികജാതിക്കാരും, 2.1% പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുമാണ് ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത്. സെൻസസ് റിപ്പോർട്ടുകളിലും ഏതാണ്ട് ഇതേ അനുപാതം തന്നെയാണുള്ളതെന്നത്,

ഞങ്ങളുടെ സാമ്പിൾ ഒരു മാതൃകാ സാമ്പിളാണെന്നുള്ളതിനെ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2

മത വിഭാഗവും സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പും(ആളുകളുടെ എണ്ണം)

	SES ഗ്രൂപ്പ്				
മതവിഭാഗം	ഒന്ന്	രണ്ട്	മൂന്ന്	നാല്	ആകെ
ഹിന്ദു	**4252**	**15903**	**8883**	**2166**	**31204**
	(13.6)	*(51)*	*(28.5)*	*(6.9)*	*(100)*
ക്രിസ്ത്യൻ	**979**	**4806**	**4195**	**1717**	**11697**
	(8.4)	*(41.1)*	*(35.9)*	*(14.7)*	*(100)*
മുസ്ലീ	**2481**	**7497**	**3559**	**786**	**14323**
	(17.3)	*(52.3)*	*(24.8)*	*(5.5)*	*(100)*
ഇല്ലാത്തത്	**0**	**13**	**13**		**0 26**
മറ്റുള്ളവ	**43**	**101**	**12**		**4 160**
പറയാത്തത്	**84**	**127**	**21**		**23 255**
ആകെ	**7839**	**28447**	**16683**	**4696**	**57665**
	(13.6)	*(49.3)*	*(28.9)*	*(8.1)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിലുള്ളത് ശതമാനം)

പട്ടിക 3.

മരണനിരക്ക് SES ഗ്രൂപ്പനുസരിച്ച്

SES	മരണങ്ങൾ	ആകെആളുകൾ	മരണനിരക്ക്
1	**61**	**7831**	**7-8**
2	**157**	**28379**	**5-5**
3	**93**	**16631**	**5-6**
4	**26**	**4705**	**5-5**

പട്ടിക 4.

ജനനനിരക്ക് SES ഗ്രൂപ്പനുസരിച്ച്

SES	ജനനങ്ങൾ	ആകെ ആളുകൾ	ജനനനിരക്ക് / 1000
1	212	7831	27.0
2	711	28379	25.0
3	349	16631	21.0
4	84	4705	17.9

വിവിധ സമൂഹങ്ങളിലുള്ള ജനനനിരക്കും മരണനിരക്കും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾ ശ്രദ്ധേയമായ ചില വസ്തുതകൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നു. പട്ടികജാതിക്കാരുടേയും പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുടേയും ഇടയിൽ മരണനിരക്ക് ശരാശരിയേക്കാൾ കൂടുതലാണെങ്കിൽ ക്രിസ്ത്യാനികളുടെയിടയിൽ ശരാശരിയെക്കാൾ കുറവാണ്. ജനനനിരക്ക് ഹിന്ദുക്കളുടേയും ക്രിസ്ത്യാനികളുടേയുമിടയിൽ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ആകെയുള്ള ശരാശരിയെക്കാൾ കുറവാണെങ്കിലും, പട്ടികജാതി– പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുടെയിടയിൽ ഇത് ശരാശരിയെക്കാൾ വളരെ അധികമാണ്. മുസ്ലീംകളുടെ ഇടയിൽ ജനനനിരക്ക് 31.4 ശതമാനത്തോളമുണ്ട്. (പട്ടിക 5,6)

മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ വളരെ ശ്രദ്ധയോടുകൂടി വ്യാഖ്യാനിക്കേണ്ടതാണ്. നേരത്തെ പറഞ്ഞതുപോലെ ജനനനിരക്കും മരണനിരക്കും ക്ലാസ്സ് I–ൽ അതായത് ഏറ്റവും ദരിദ്ര വിഭാഗത്തിൽ ശരാശരിയെക്കാൾ കൂടുതലാണ്. മുസ്ലീംകളും, പട്ടികജാതി പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുമാണ് ദരിദ്രരിൽ ഭൂരിപക്ഷവും. ഈ സമൂഹങ്ങളിലെ ഉയർന്ന ജനനമരണനിരക്കുകൾ ഈ വസ്തുതയാണ് പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നത്.

പട്ടിക 5.

മരണനിരക്ക് വിവിധ മത/സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിൽ

മതം/സാമൂഹ്യ വിഭാഗം	മരണങ്ങൾ	ആകെ ആളുകൾ	മരണ നിരക്ക്
ഹിന്ദു	197	31204	6.3
ക്രിസ്ത്യൻ	52	11697	4.4
മുസ്ലീം	84	14353	5.9
പട്ടിക ജാതി	40	5471	7.3
പട്ടിക വർഗം	8	1157	6.9

പട്ടിക 6.

ജനനനിരക്ക് വിവിധ മത/സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിൽ

മതം/സാമൂഹ്യ വിഭാഗം	ജനനങ്ങൾ	ആകെ ആളുകൾ	ജനന നിരക്ക്
ഹിന്ദു	651	31204	20.9
ക്രിസ്ത്യൻ	239	11697	20.4
മുസ്ലീം	451	14353	31.4
പട്ടിക ജാതി	142	5471	26.0
പട്ടിക വർഗം	33	1157	28.5

വയസ്സിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ സാമ്പിളിനെ തരം തിരിക്കുകയാണെങ്കിൽ,അഞ്ചുവയസ്സിനു താഴെയുള്ളവർ10%വും, അഞ്ചിന്റെയും പതിനാലിന്റെയും ഇടയിലുള്ളവർ 22% വും, 15 മുതൽ 60 വയസ്സുള്ളവർ 60% വും, അറുപതു വയസ്സിനു മീതെയുള്ളവർ 9% വുമാണെന്ന് കാണപ്പെടുന്നു. അങ്ങനെ ഏതാണ്ട് 40 ശതമാനം ജനങ്ങൾ ആശ്രിതരും ഉൽപാദനത്തിൽ പങ്കുവഹിക്കാത്തവരുമാണ്. വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ ദൃഷ്ടിയിൽ അഞ്ചുവയസ്സിനു താഴെയുള്ളവരും അറുപതു വയസ്സിനു മീതെയുള്ളവരും പ്രത്യുൽപാദനശേഷിയുള്ള സ്ത്രീകളും അടങ്ങിയ 50 ശതമാനമുള്ള ജനങ്ങൾ സ്പെഷ്യൽ റിസ്ക്

ഗ്രൂപ്പിൽ (പ്രത്യേക അപകടസാദ്ധ്യതയുള്ള വിഭാഗം) പെടുന്നു. ഈ സാമ്പിളിൽ നിന്നു ലഭിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ മറ്റു ജനസംഖ്യാരൂപരേഖ കളുമായി ഏതാണ്ട് അനുയുക്തമായിട്ടാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. ജനസംഖ്യാപരമായ പരിവർത്തനം പുരോഗമിക്കുന്നതോടെ, കൂടുതൽ പ്രായമുള്ളവരുടെ അനുപാതം ഇനിയും വർദ്ധിക്കാനും അതുവഴി വൈദ്യസംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ വർദ്ധിക്കാനും സാദ്ധ്യതയുണ്ട്. ഇതു ഭാവിയിൽ നമ്മുടെ ആരോഗ്യ വ്യവസ്ഥിതി നേരിടേണ്ടിവരുന്ന ഒരു പ്രധാന വെല്ലുവിളിയായിരിക്കും.

വിവിധ സാമൂഹ്യവിഭാഗങ്ങളിലെ പ്രായഘടന നോക്കുകയാണെങ്കിൽ അഞ്ചു വയസ്സിനും താഴെയുള്ള കുട്ടികൾ ഏറ്റവും പാവപ്പെട്ടവരുടെ വിഭാഗത്തിൽ കൂടുതലായിക്കാണാം. ഇത് പാവപ്പെട്ട വിഭാഗത്തിൽ ജനനനിരക്ക് കൂടുതലാണെന്ന നിരീക്ഷണത്തോട് യോജിക്കുന്നു. അതുപോലെ പ്രായം കൂടിയവർ ഏറ്റവും സമ്പന്നരുടെ വിഭാഗത്തിൽ അല്പം കൂടുതലാണ്. (പട്ടിക 7)

പട്ടിക 7.

വിവിധ SES ഗ്രൂപ്പുകളിലെ വയസ്സനുസരിച്ചുള്ള തരംതിരിവ്

SES ഗ്രൂപ്പ്	പ്രായം <5	5-14	15-59	60+	ആകെ
1	**1063**	**2190**	**3923**	**655**	**7831**
	(13.6)	*(28)*	*(50.1)*	*(8.4)*	*(100)*
2	**2707**	**6606**	**16712**	**2354**	**28379**
	(9.5)	*(23.3)*	*(58.9)*	*(8.3)*	*(100)*
3	**1359**	**3071**	**10657**	**1544**	**16631**
	(8.2)	*(18.5)*	*(64.1)*	*(9.3)*	*(100)*
4	**389**	**735**	**3084**	**497**	**4705**
	(8.3)	*15.6)*	*(65.6)*	*(10.6)*	*(100)*
ആകെ	**5518**	**12602**	**34376**	**5050**	**57546**
	(9.6)	*(21.9)*	*(59.7)*	*(8.9)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

കേരളത്തിൽ പുരുഷന്മാരേക്കാൾ അധികം സ്ത്രീകളാണുള്ളത്. ഏറ്റവും ഒടുവിലത്തെ സെൻസസ് പ്രകാരം സ്ത്രീപുരുഷ അനുപാതം 1000 പുരുഷന്മാർക്ക് 1032 സ്ത്രീകളാണ്. ഞങ്ങളുടെ സാമ്പിൾ പ്രകാരം 1000 പുരുഷന്മാർക്ക് 1039 സ്ത്രീകളാണുള്ളത്. എന്നാൽ ഈ അനുപാതം ഏറ്റവും പാവപ്പെട്ട വിഭാഗത്തിൽ 1116–ൽ നിന്നും ഏറ്റവും സമ്പന്നമായ വിഭാഗത്തിൽ 995 ആയും പട്ടികജാതി ക്കാരുടെയിടയിൽ 1025 ആയും പട്ടിക വർഗ്ഗക്കാരുടെ യിടയിൽ 1044 ആയും മാറുന്നുണ്ട്. കൂടുതൽ സ്ത്രീകളുള്ള കുടുംബങ്ങൾ കൂടു തൽ ദരിദ്രമാകാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ടെന്ന നിഗമനത്തിൽ നാം എത്തി ച്ചേരുന്നു. പക്ഷെ, ഉയർന്ന സാമൂഹ്യവിഭാഗത്തിൽ കാണപ്പെടുന്ന വിരുദ്ധമതമായ സ്ത്രീപുരുഷ അനുപാതത്തിന് ഉത്തരം കണ്ടെത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 8.

SES ഗ്രൂപ്പുകളിലെ സ്ത്രീ/പുരുഷ അനുപാതം

SES ഗ്രൂപ്പ്	പുരുഷന്മാർ	സ്ത്രീകൾ	സ്ത്രീപുരുഷ അനുപാതം (സ്ത്രീ/ 1000 പുരുഷന്മാർ)
1	3703	4136	1116
2	13901	14546	1046
3	8322	8361	1004
4	2354	2342	995
ആകെ	28280	29385	1039
പട്ടിക ജാതിക്കാരിൽ	2701	2770	1025
പട്ടിക വർഗക്കാരിൽ	566	591	1044

6

മരണം, രോഗാതുരത,വൈകല്യം

1.മരണ സൂചകങ്ങൾ (MORTALITY INDICATORS)

ആരോഗ്യരംഗത്ത് കേരളം "അൽഭുത പ്രതിഭാസം" എന്നു വിളിക്കപ്പെടുന്നതിന്റെ അവശ്യഘടകങ്ങൾ സാമ്പത്തിക വളർച്ചയുടെ താഴ്ന്ന മാനങ്ങളോട് ചേർന്ന് നിൽക്കുന്ന താഴ്ന്ന മരണനിരക്കുകളാണ്. മുമ്പ് ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടതുപോലെ, (അദ്ധ്യായം–2) ഈ നൂറ്റാണ്ടിന്റെ ആരംഭം മുതൽ ഇന്ത്യയുടെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിൽ ശിശുമരണനിരക്കും, (Infant mortality rate-ശി.മ.നി.) പൊതുമരണനിരക്കും പോലെയുള്ള മരണനിരക്ക് സൂചകങ്ങൾ താഴ്ന്നതായിരുന്നു. എന്നാൽ അഖിലേന്ത്യാ മാതൃകയിൽ നിന്നുള്ള മരണനിരക്കു സൂചകങ്ങളുടെ എടുത്തു പറയത്തക്ക വ്യതിയാനം ആരംഭിച്ചത് അറുപതുകളിലായിരുന്നു. ജനനമരണ റജിസ്ട്രാർ നൽകുന്ന കണക്കുകളിൽ നിന്ന് 1987 ലേക്കുള്ള പൊതു മരണനിരക്കിന്റെ (Crude death rate-പൊ.മ.നി) മതിപ്പു കണക്ക് 6.4 ആണ്. ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിൽ നിന്നുള്ള മതിപ്പു പൊതുമരണ നിരക്ക് സ്വൽപം താഴെയാണെങ്കിലും ഏതാണ്ട് അടുത്തു വരുന്ന 5.8 ആണ്.

1-1 പ്രായ നിർദ്ദിഷ്ട മരണനിരക്കുകൾ

കേരളത്തിലെ പൊതുമരണനിരക്ക് മിക്ക വികസിത രാജ്യങ്ങളുടേതിൽ നിന്നുപോലും താഴ്ന്നതാണെന്ന് ചിലപ്പോൾ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെടാറുണ്ട്. എന്നാൽ ഒരു കാര്യം ഓർമ്മിക്കേണ്ടതുണ്ട്. പ്രായത്തിന്റെ പിരമിഡുകളുടെ ഘടന കേരളത്തിലും വികസിത രാജ്യങ്ങളിലും എടുത്തു പറയത്തക്ക വിധം വ്യത്യസ്തമാണ് എന്നുള്ളതാണത്. വികസിത രാജ്യങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് യുവജനങ്ങളുടെ അനുപാതം

കേരളത്തിൽ വളരെ അധികമാണ് എന്നുള്ളതാണ് ആ വ്യത്യാസം– താരതമ്യ പഠനത്തിനു കൂടുതൽ അർത്ഥവത്തായിരിക്കുക പ്രായനിർ ദ്ദിഷ്ട മരണനിരക്കുകൾ(Age Specific Mortality-പ്രാ.നി.മ.നി) പഠിക്കു കയായിരിക്കും. കഴിഞ്ഞ മൂന്നു ദശകങ്ങളിലായി മരണനിരക്ക് വളരെ കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിലും എല്ലാ പ്രായ–ഗ്രൂപ്പുക ളിലും മരണനിര ക്കുകൾ വികസിത രാജ്യങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിൽ ഇപ്പോഴും കൂടുതലാണ്.

ഈ പഠനത്തിലെ പ്രായനിർദ്ദിഷ്ട മരണനിരക്കുകൾ 1-1 പട്ടിക യിൽ കാണിച്ചിട്ടുണ്ട്– അത് റജിസ്ട്രാർ ജനറലുടെ സാമ്പിൾ റജിസ് ട്രേഷൻ സമ്പ്രദായത്തിൽ നിന്നു ലഭിച്ച ഗ്രാമീണ കേരളത്തിലേ ക്കുള്ള മുൻ ദശകത്തിലെ (1977) നിരക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടു ത്തിയിട്ടുണ്ട്. മുൻ ദശകത്തിലെ മരണനിരക്കിലെ കുറവ് ഏറ്റവും ഗണ്യമായിട്ടുള്ളത് അഞ്ചിൽ താഴെയുള്ളവരുടെ ജനസംഖ്യക്കാണ് എന്നു കാണാവുന്നതാണ്. 45 വയസ്സിനു മീതെയുള്ള പ്രായ–ഗ്രൂപ്പു കളിലും മരണനിരക്കുകളിൽ അർത്ഥവത്തായ കുറവുണ്ട്.

1-2 മരണകാരണങ്ങൾ

മരണകാരണങ്ങൾ സംബന്ധിച്ചുള്ള ഡാറ്റാ(വിവരങ്ങൾ) നമ്മുടെ രാജ്യത്തു അപൂർവമായേ തൃപ്തികരമാവാറുള്ളൂ. അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങളിൽ മിക്കതും മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളിൽ നിന്ന് ശേഖരിക്കുന്നവയാണ്. മരണത്തിന്റെ യഥാർത്ഥ കാരണം അവഗണിച്ച് അവസാന സംഭവം മാത്രമേ രേഖപ്പെടുത്തുന്നുള്ളു എന്നതിനാൽ അനേകം കേസുകളിൽ ഈ ഉൾക്കുറിപ്പുകൾ തെറ്റായിട്ടുള്ളവയാണ്. അനേകം കേസുകളിൽ ശരിയായ കാരണം രേഖപ്പെടുത്തുന്നില്ല.

ഈ പഠനത്തിൽ മരണത്തിന്റെ കാരണം രേഖപ്പെടുത്തി യിട്ടുള്ളത് കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ ഓർമ്മ അനുസരിച്ചാണ്. സാമാന്യമായ തരംതിരിക്കലിന്, അതു മാമൂലനുസരിച്ച് ലഭ്യമാക്കുന്ന അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങളിൽ നിന്ന് ഒട്ടും മേൻമ കുറഞ്ഞതാണെന്നു

പട്ടിക 1-1

വയസ്സനുസരിച്ചുള്ള മരണനിരക്ക്

വയസ്സ്	R G.1977	KSSP 1987
0-4	21.0	11.4
5-9	2.1	2.1
10-14	1.2	0.5
15-19	1.2	1.4
20-24	1.9	2.7
25-29	3	0.7
30-34	1.9	1.5
35-39	3.2	1.9
40-44	4.5	3.4
45-49	6.6	2
50-54	10.3	6.4
55-59	16.8	11.8
60-64	21.4	11.4
65-69	21.4	19
70+	97.5	60.0
ആകെ	8.5	5.8

സംശയിക്കാൻ ന്യായമില്ല. മാമൂൽ അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങളിലെന്ന പോലെ ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിലും ഏറ്റവും വലിയ ഭാഗം തരം തിരിക്കപ്പെടാത്ത മരണങ്ങൾ അടങ്ങുന്നതാണ്. യഥാർത്ഥത്തിൽ രണ്ടിന്റേയും ഏറ്റവും വലിയ ന്യൂനത ഇതാണ്. പട്ടിക 1-2, തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട പത്തു കാരണങ്ങളാലുള്ള മരണനിരക്കുകൾ കാണിക്കുന്നു. ഈ പരിശോധന ശിശുമരണങ്ങൾക്കുള്ള കാരണങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുന്നു. ഹൃദയസ്തംഭനവും ഉദരരോഗങ്ങളും അർബ്ബുദവും ആണ്

മിക്ക മരണങ്ങൾക്കും കാരണമെന്നു കാണാവുന്നതാണ്. അതു റജിസ്ട്രാർ ജനറലിന്റെ ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യ 1985 ലേക്കുള്ള സർവ്വേ കണക്കുകളിൽ നിന്നു കണക്കാക്കിയ മരണനിരക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നു. ഹൃദയസ്തംഭനം മൂലമുള്ള മരണങ്ങൾ കേരളത്തിൽ അഖിലേന്ത്യാ കണക്കിലും ഇരട്ടിയാണെന്നു കാണുന്നു. അർബ്ബുദം മൂലമുള്ള മരണങ്ങൾ നേരിയതോതിൽ അധികമാണ്. മറ്റു മിക്ക കാരണങ്ങളാലുമുള്ള മരണനിരക്കുകൾ വളരെ കുറവാണ്. കേരളത്തിൽ ക്ഷയരോഗം മൂലമുള്ള മരണം അഞ്ചിരട്ടി കണ്ട് ഗ്രാമീണ ഇന്ത്യയുടെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കുറവാണ്.

പട്ടിക 1–2

മരണനിരക്കുകൾ(ലക്ഷത്തിന്) – പ്രത്യേക കാരണങ്ങൾ മൂലം

മരണകാരണം	കേരളം 1987 KSSP	ഇന്ത്യ 1985 R G
ഹൃദയസ്ഥംഭനം	60.7	27.8
ഉദരരോഗങ്ങൾ	43.4	70.0
കാൻസർ	43.4	35.7
ക്ഷയം	13.9	70.0
മറ്റു ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾ	29.5	172.6
അപകടങ്ങൾ	20.8	75.2
ആത്മഹത്യ	17.3	----
മസ്തിഷ്കാഘാതം	13.9	----
മൂത്രസംബന്ധ രോഗങ്ങൾ	3.5	----
മറ്റുള്ളവ	229.0	----

പട്ടിക 1-2-1 ഈ പഠനത്തിൽ നിന്നുള്ള വ്യത്യസ്ത മരണകാരണങ്ങളെ ആകെ മരണങ്ങളുടെ അനുപാതമായി കാണിക്കുന്നു.

അതു മരണകാരണങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള റജിസ്ട്രാർ ജനറലിന്റെ കേരള ത്തിലേക്കും ഇന്ത്യക്കുമുള്ള കണക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടു ത്തിയിരിക്കുന്നു. ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിൽ അനിർദ്ദിഷ്ടകാരണങ്ങൾ കുറവാണ്. ശിശുമരണങ്ങളുടെ കാരണങ്ങൾ ലഭ്യമല്ല. കേരളത്തി ലേക്കുള്ള അടിസ്ഥആന വിവരങ്ങളുടെ രണ്ടു സെറ്റുകൾ സദൃശ മാണ്. അഖിലേന്ത്യാ കണക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ, ഹൃദയസ്ഥംഭനങ്ങളും അർബ്ബുദവും മൂലമുള്ള മരണങ്ങൾക്കാണ് കൂടുതൽ അനുപാതങ്ങൾ ഉള്ളത്.

പട്ടിക 1–2–1

മരണങ്ങൾ കാരണമനുസരിച്ച്

ഇന്ത്യയും കേരളവും (ആകെ മരണങ്ങളുടെ ശതമാനം)

മരണ കാരണം		കേരളം *1987* KSSP	കേരളം *1981* RG	ഇന്ത്യ *1981* RG
	എണ്ണം	%	%	%
ശിശുമരണം	32	9.5	----	----
ഹൃദയസ്ഥംഭനം	35	10.4	11.8	4.7
ഉദരരോഗങ്ങൾ	25	7.4	---	---
കാൻസർ	25	7.4	8.9	2.5
ക്ഷയം	8	2.4	3.6	5.5
മറ്റു ശ്വാസകോശ രോഗങ്ങൾ	17	5.0	9.6	13.9
അപകടം	12	3.6	---	---
അത്മഹത്യ	10	3.0	---	---
മസ്തിഷ്കാഘാതം	8	2.4	---	---
മൂത്രസംബന്ധ രോഗങ്ങൾ	2	0.6	---	---
മറ്റുള്ളവ	132	39.2	61.9	59.6

പട്ടിക 1-2-2, വത്യസ്ത പ്രായഗ്രൂപ്പുകളിൽ വത്യസ്ത കാരണങ്ങളാലുണ്ടാകുന്ന മരണനിരക്കുകൾ (ഓരോ 100000 ജനസംഖ്യക്കുള്ളത്) കാണിക്കുന്നു. 1-4 പ്രായഗ്രൂപ്പിൽ ഏറ്റവും സാധാരണമായ രണ്ടു മരണകാരണങ്ങൾ ഉദരരോഗവും (വയറിളക്കം ഉൾപ്പെടെ) ശ്വാസോച്ഛ്വാസസംബന്ധിയായ രോഗവുമാണ്. 5-14 പ്രായഗ്രൂപ്പിൽ മരണനിരക്കുകൾ കുറവാണ്, ഉദരരോഗവും അപകടങ്ങളും ആണ് അതിൽ ഏറ്റവും സാധാരണം. 25-49 പ്രായഗ്രൂപ്പിൽ ഹൃദയസ്ഥംഭനവും അതിനു പിറകിൽ അർബ്ബുദവും ആണ് ഏറ്റവും സാധാരണമായ കാരണങ്ങൾ. 50 വയസ്സിനു മീതെയുള്ള പ്രായഗ്രൂപ്പിൽ വിവിധ കാരണങ്ങളാലുള്ള മരണനിരക്കുകൾ ഉയർന്നതാണ്. ഹൃദയസ്ഥംഭനങ്ങളും പിറകിലായി ഉദരോഗങ്ങളും അർബ്ബുദവും മുന്നിട്ട് നിൽക്കുന്നു. ഞങ്ങളുടെ പഠന പ്രകാരം 15-24 പ്രായഗ്രൂപ്പിലെ ഫലങ്ങളാണ് ഏറ്റവും ആശ്ചര്യകരമായിട്ടുള്ളത്. ഏറ്റവും സാധാരണമായിട്ടുള്ള മരണ കാരണങ്ങൾ ആത്മഹത്യകളും പിറകിലായി അപകടങ്ങളും ആണ്: ഈ പ്രായഗ്രൂപ്പിലെ ആത്മഹത്യാ നിരക്ക് 100000 നു 53 ആണ്. 20-24 എന്ന ഉപഗ്രൂപ്പിലെ ആത്മഹത്യാ നിരക്ക് 100000 നു 80.7 വരുന്നു. ഇതു ഈ പ്രായ ഗ്രൂപ്പിലെ ആകെ മരണങ്ങളുടെ 29.4 ശതമാനം വരുന്നു.

ഈ പഠനത്തിൽ നിന്നു കണക്കാക്കിയ ഈ സ്റ്റേറ്റിലെ പൊതു ആത്മഹത്യാ നിരക്ക് 100000 നു 17.3 ആണ്. ഇത് വികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ആത്മഹത്യാ നിരക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്. യഥാർത്ഥത്തിൽ അതു ഐർലാണ്ടിലേതിനേക്കാളും (10–ൽ താഴെ) അമേരിക്കൻ ഐക്യനാടുകളിലേതിനേക്കാളും (ഉദ്ദേശം 100000നു 12) ഉപരിയാണ്. പക്ഷെ 100000 നു 35–ൽ മീതെ നിരക്കുള്ള ഹങ്കറിയേക്കാൾ നന്നെ താഴെയും. എന്നാൽ വികസിതരാജ്യങ്ങളിൽ ആത്മഹത്യാ നിരക്കുകൾ പ്രായം കൂടുന്തോറും കൂടുന്നതായി കാണുന്നു. ഏറ്റവും കൂടിയ നിരക്കു

പട്ടിക 1-2-2

ചില പ്രത്യേക രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള

മരണനിരക്കുകൾ(ലക്ഷത്തിന്) വയസ്സനുസരിച്ച്

മരണകാരണം	*1-4*	*5-14*	15-24	25-49	50
ഹൃദയസ്തംഭനം	**0**	**0**	**7.6**	**41.8**	**288.3**
ഉദരരോഗങ്ങൾ	**95.2**	**16.6**	**15.1**	**0**	**202.9**
കാൻസർ	**19.0**	**0**	**22.7**	**29.9**	**170.8**
ക്ഷയം	**0**	**0**	**0**	**6.0**	**74.7**
മറ്റുശ്വാസ കോശരോഗങ്ങൾ	**76.1**	**0**	**7.6**	**6.0**	**117.5**
അപകടം	**38.1**	**16.6**	**30.3**	**6.0**	**32.0**
ആത്മഹത്യ	**0**	**0**	**53.0**	**12.0**	**10.7**
മസ്തിഷകാഘാതം	**19.0**	**0**	**0**	**12.0**	**53.4**
മൂത്രസംബന്ധം	**0**	**8.3**	**0**	**6.0**	**0**
മറ്റുള്ളവ	**209.4**	**58.3**	**53.0**	**47.8**	**1057.1**

കാണുന്നത് 65നു മീതെയുള്ള ഗ്രൂപ്പിലും. അമേരിക്കൻ ഐക്യനാടുകളിൽ അടുത്ത കാലത്തായി 15-24 പ്രായ ഗ്രൂപ്പിൽ ആത്മഹത്യാ നിരക്കുകളിൽ വിഭ്രാമജനകമായ വർദ്ധനവ് ഉള്ളതായി റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യപ്പെടുന്നു. എന്നാൽ ഈ നിരക്കുകൾ എന്നിട്ടും ഉയർന്ന പ്രായ ഗ്രൂപ്പിലുള്ളതിനേക്കാൾ കുറവാണ്. 15-24 പ്രായഗ്രൂപ്പിലെ ആത്മഹത്യാനിരക്ക് 1950 മുതൽ നാടകീയമായി വർദ്ധിച്ചത് 1978 ആയപ്പോഴേക്കും മൂന്നിരട്ടിയായി, 100000നു 12.4 എന്ന നിരക്കിൽ എത്തി അഞ്ചാമത്തെ ഏറ്റവും പ്രധാനകാരണത്തിൽ നിന്ന് മൂന്നാമത്തേതായി നീങ്ങി.

ഇതിൽ നിന്നു വത്യസ്തമായി, കേരളത്തിൽ 70 ശതമാനം ആത്മഹത്യകൾ ഉണ്ടാകുന്നത് 15-24 പ്രായ ഗ്രൂപ്പിലാണെന്ന് ഞങ്ങളുടെ പഠനം കാണിക്കുന്നു. കൂടാതെ, അത് ആ പ്രായ

ഗ്രൂപ്പിലെ ഏറ്റവും മുന്നിട്ടു നിൽക്കുന്ന കാരണവും ആകുന്നു. 53/100000 എന്ന ആത്മഹത്യാ നിരക്ക്–അമേരിക്കൻ ഐക്യനാടു കളിലേതിനേക്കാൾ അഞ്ചിരട്ടിയിലധികം വരുന്ന നിരക്ക്–ലോകത്തിലെ ഏറ്റവും ഉയർന്ന നിരക്കുകളിലൊന്നായിരിക്കണം. 1975-77 നും 1987 നും ഇടക്ക് മരണനിരക്കുകളിൽ വർദ്ധനവുള്ള പ്രായഗ്രൂപ്പുകൾ 15-19 ഉം 20-24 ഉം പ്രായഗ്രൂപ്പുകൾ മാത്രമാണെന്ന് പട്ടിക 1–1–ൽ നിന്നു കാണാവുന്നതാണ്. മറ്റെല്ലാ പ്രായഗ്രൂപ്പു കളിലും കാണുന്ന മരണനിരക്കുകളുടെ സ്വാഭാവികമായ കുറവിനെ പ്രായപൂർത്തിയാകാറായവരിലും പ്രായപൂർത്തിയായ യുവാക്ക ളിലും ഉള്ള ആത്മഹത്യകളുടെ ഉയർന്നുവരുന്ന പ്രവണത നിഷ്പ്രഭ മാക്കുകയാണോ? ലോകത്തിൽ അഭ്യസ്തവിദ്യരുടെ തൊഴിലില്ലായ്മയു ടെ ഏറ്റവും ഉയർന്ന നിരക്കുകളിലൊന്ന് കേരളത്തിലാണുള്ളത് എന്ന വസ്തുതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതാണോ ഇത്? കൂടുതൽ പഠനവും വിശകലനവും ആവശ്യമായ ചില പ്രശ്നങ്ങളാണ് ഇവ.

1-3 മരണനിരക്കും സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക പദവിയും.

വ്യത്യസ്ത സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകളിലെ പൊതുമരണ നിരക്കുകൾ പട്ടിക 1-3–ൽ കാണിച്ചിട്ടുണ്ട്. (II),(III),(IV), എന്നീ സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകൾ തമ്മിൽ പൊതുമരണനിരക്കിൽ ഗണ്യമായ വ്യത്യാസം ഇല്ലെന്നു കാണുന്നു. നേരെമറിച്ച് സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പ് (I) അഥവാ ഏറ്റവും ദരിദ്രമായ വർഗ്ഗത്തിന് ഗണ്യമായ വിധം കൂടുതൽ ഉയർന്ന പൊതുമരണനിരക്ക് ഉണ്ട്. മരണനിരക്കുകൾ പ്രായാടിസ്ഥാനത്തിൽ സമാന്തരീകൃതമാ ക്കുമ്പോൾ (Standardised Mortality rates) ഈ ഗ്രൂപ്പും മറ്റു ഗ്രൂപ്പുകളും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം ഇതിലും വിപുലമായിരിക്കും; കാരണം, പ്രായം കൂടിയവരുടെ അനുപാതം ഈ ഗ്രൂപ്പിൽ കുറവാണ്. ഈ വ്യത്യാസത്തിനുള്ള കാരണം ഏറ്റവും ദരിദ്രവർഗ്ഗത്തിൽ ശിശുമരണവും സാംക്രമിക രോഗങ്ങളും ഉൾപ്പടെയുള്ള തടയാവുന്ന കാരണങ്ങളാലുള്ള മരണങ്ങൾ ആനുപാതികമായി കൂടുതലാണ് എന്നുള്ളതാണ്. എന്നാൽ ഇവ മറ്റു മൂന്നു സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക

വർഗ്ഗങ്ങളിൽ ഗണ്യമായ മരണനിരക്കു വ്യത്യാസങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നില്ല എന്നുള്ളതു ശ്രദ്ധേയമാണ്.

ബ്രിട്ടൻ പോലുള്ള രാജ്യങ്ങളിൽ രോഗാതുരതയിലും ,അതുകൊണ്ടുതന്നെ ആരോഗ്യരക്ഷാ വിഭവങ്ങളുടെ ആവശ്യകതയിലുമുള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾക്കുള്ള ഒരു ബദൽ പരിമാണമായി (അളവായി) സമാന്തരീകൃത മരണ നിരക്കുകൾ (സ.മ.നി) ഉപയോഗപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. എന്നാൽ ഇവ അപൂർണ്ണമായതിനാലും സാമൂഹ്യതലത്തിലുള്ള ഇല്ലായ്മക്ക് ആരോഗ്യസംരക്ഷണത്തിന്റെ ആവശ്യകതയുടെ മേലുള്ള പ്രഭാവം കണക്കിലെടുക്കുന്നില്ല എന്നതിനാലും വിമർശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. മരണങ്ങൾ താണതോതിലേക്കു കൊണ്ടുവരപ്പെടുന്ന ഒരു സ്ഥിതിവിശേഷത്തിൽ അവ രോഗാതുരതയിലും, അതുകൊണ്ടു തന്നെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിന്റെ ആവശ്യകതകളിലുമുള്ള വ്യത്യാസങ്ങളെ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നില്ല. ഇത് കേരളത്തിൽ (II),(III),(IV) സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകളുടെ കാര്യത്തിൽ ശരിയാണെന്നു കാണാവുന്നതാണ്. വിഭവങ്ങൾ നീക്കിവെയ്ക്കുന്നതിനും പ്ലാനിങ്ങിനും കൂടുതൽ അർത്ഥവത്തായിരിക്കുക രോഗാതുരതയുടെയും, വൈകല്യത്തിന്റെയും നേരിട്ടുള്ള അളവുകളായിരിക്കും.

പട്ടിക 1–3

പൊതുമരണനിരക്ക്

സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച്

SES ഗ്രൂപ്പ്	പൊതുമരണനിരക്ക്
I	7.8
II	5.5
III	5.6
IV	5.5
ആകെ	5.8

2. രോഗാതുരതയും വൈകല്യവും (MORBIDITY AND DISABILITY)

2-1 ആമുഖം

രോഗാതുരത അളക്കുന്നതിനു സാധാരണ ലഭ്യമായ വിവരക്കണക്കുകളുടെ (ഡാറ്റ) സ്രോതസ്സുകൾ താഴെ പറയുന്നവയാണ്:-

1. ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് (അകത്തു കിടത്തി ചികിത്സിക്കുന്ന രോഗികളുടെ) രേഖകളും, ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് (പുറത്തു ചികിത്സിക്കുന്ന രോഗികളുടെ) രേഖകളും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങൾ.

2. ചില പ്രത്യേക രോഗങ്ങളുടെ മേൽനോട്ടത്തിനും കണ്ടുപിടുത്തത്തിനുമുള്ള പരിപാടികൾക്കുവേണ്ടി ശേഖരിക്കുന്ന അടിസ്ഥാന വിവരങ്ങൾ (ഉദാ: ക്ഷയം,കുഷ്ഠം).

3. പൊതു ഗാർഹിക സർവെകളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള വിവരങ്ങൾ.

ആശുപത്രി 'ഡാറ്റാ'

ജനസംഖ്യയെ മുഴുവൻ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതും, രേഖപ്പെടുത്തലും സൂക്ഷിപ്പും അതിസൂക്ഷ്മതയോടെ ചെയ്യുന്നതുമായ സ്ഥിതിവിശേഷങ്ങളിൽ ആശുപത്രി ഡാറ്റ വളരെ ഉപയോഗപ്രദമാണ്. ഉദാഹരണമായി ഇംഗ്ലണ്ടിലെ നേഷണൽ ഹെൽത്ത് സർവ്വീസിൽ (എൻ.എച്ച്.എസ്) നയരൂപീകരണത്തിൽ ഉപയോഗപ്പെടുത്തത്തക്കവിധം ഡാറ്റ ആശ്രയിക്കപ്പെടാവുന്നതാണ്. പല സ്കാൻഡിനേവിയൻ രാജ്യങ്ങളിലും അതുതന്നെയാണ് സ്ഥിതി. എന്നാൽ ഈ രാജ്യങ്ങളിൽ പോലും ഒരു പരിമിതിയുണ്ട്. താരതമ്യേന ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങൾ, കൂടുതൽ വൈദ്യസഹായം തേടുന്ന പതിവുള്ളവരിൽ വരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവ യഥാർത്ഥ അനുപാതത്തിൽ കൂടുതലായി അളക്കപ്പെടാനുള്ള സാദ്ധ്യതയുണ്ട്.

അവകാശങ്ങൾ നിഷേധിക്കപ്പെട്ട വിഭാഗങ്ങൾക്ക് അവർ എണ്ണത്തിൽ കുറവാണെങ്കിലും, മതിയായ പ്രാതിനിധ്യമില്ലാതെ പോകുന്ന പ്രവണതയുമുണ്ടാകുന്നതായി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

ഇന്ത്യയിൽ രോഗാതുരതയെ സംബന്ധിച്ച ഡാറ്റക്കുള്ള ആശയം ആരോഗ്യകുടുംബക്ഷേമ മന്ത്രികാര്യാലയം പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തുന്നവയാണ്. ഇവ മിക്കവാറും മുഴുവൻതന്നെ സ്റ്റേറ്റ് ഗവർമെണ്ടുകളിൽ നിന്നുള്ള റിപ്പോർട്ടുകളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയവയാണ്. അവയാകട്ടെ ആധുനിക വൈദ്യം കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന ഗവർമ്മെണ്ടു സ്ഥാപനങ്ങളിൽനിന്നുള്ള ഡാറ്റയെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയവയുമാണ്. മിക്ക ഗവർമെണ്ടു ആശുപത്രികളിലേയും ഡാറ്റയുടെ രേഖപ്പെടുത്തലിനും സൂക്ഷിപ്പിനുമുള്ള ദുസ്ഥിതി നോക്കുമ്പോൾ, അവയുടെ മൂല്യം, പ്രദേശങ്ങൾ തമ്മിലും സ്റ്റേറ്റുകൾ തമ്മിലുമുള്ള താരതമ്യത്തിനുപോലും, പറ്റാത്ത രീതിയിലുള്ളതാണ്. കൂടാതെ, പരിമിതവ്യാപ്തിമാത്രമുള്ള ഗവർമ്മെണ്ടുസ്ഥാപനങ്ങളെ മാത്രമേ അവ കണക്കിലെടുക്കുന്നുള്ളു എന്നതുകൊണ്ട് രോഗാതുരതയുടെ യഥാർത്ഥ വ്യാപ്തി നിരക്കുകൾ മതിക്കുന്നതിനു അവ ഉപയോഗശൂന്യവുമാകുന്നു.

കേരളത്തിലെ രോഗാതുരതാ മാതൃക വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതിന് ഇതുവരെ ഉണ്ടായിട്ടുള്ളു കാര്യമായ ശ്രമം പി.ജി.കെ പണിക്കരുടെയും സി.ആർ സോമന്റെയും ആണ്. അവരും ഈ ആവശ്യത്തിനു ആശുപത്രി രേഖകളാണ് ഉപയോഗിച്ചിട്ടുള്ളത്. പഠനത്തിനു തെരഞ്ഞെടുത്ത പ്രദേശങ്ങൾ പരിമിതപ്പെടുത്തുന്നതും സ്ഥാപനങ്ങൾ തോന്നിയ പോലെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നതും ഡാറ്റ വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതിൽ പരിമിതികൾ ചുമത്തുന്നതായി അവർ സമ്മതിക്കുന്നുണ്ട്.

പ്രത്യേക രോഗങ്ങൾക്കുള്ള നിയന്ത്രണ പരിപാടികൾ

പ്രത്യേക രോഗങ്ങളുടെ നിയന്ത്രണത്തിനും കണ്ടുപിടുത്തത്തിനുമുള്ള ദേശീയ പരിപാടികളുണ്ട്. മലേറിയ, ക്ഷയം, കുഷ്ഠം, തൊണ്ടവീക്കം (ഗോയിറ്റർ) എന്നിവ ഉദാഹരണങ്ങളാണ്. പല പോരായ്മകളുമുണ്ടെങ്കിലും ഇതു വഴി ലഭിക്കുന്ന ഡാറ്റ പ്രയോജനപ്രദമാണ്. പ്രാദേശിക വ്യതിയാനങ്ങളും കാലിക പ്രവണതകളും

വിശകലനം ചെയ്യുന്നതിൽ അവ പ്രത്യേകം ഉപയോഗപ്രദമാണ്. എന്നാൽ സമുദായത്തിലെ ഭൂരിഭാഗം രോഗങ്ങളും അങ്ങനെയുള്ള പരിപാടികളുടെ വ്യാപ്തിക്കുപുറമെയാണ്.

പൊതു ഗാർഹികസർവെകൾ (General Household Surveys)

തെരഞ്ഞെടുത്ത ഒരു കൂട്ടം ജനങ്ങളെ അവരുടെ പിന്നിട്ട രണ്ടു മൂന്നു മാസത്തെ ആരോഗ്യത്തെപറ്റി ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിച്ചുകൊണ്ട് ഇംഗ്ലണ്ടിലും വെയിൽസിലും 1948 മുതൽ 1953 വരെ ഒരു പ്രതിമാസ രോഗസർവെ നടത്തിയിരുന്നു. സാമ്പിളിന്റെ വലുപ്പം തുടക്കത്തിൽ പ്രതിമാസം 16-64 പ്രായത്തിലുള്ള 2500 പേർ ആയിരുന്നു. എന്നാലതു 64 വയസ്സിലധികമുള്ളവരെകൂടി ചേർത്തു 4000 ആയി വർധിപ്പിച്ചു.

സർവെയുടെ അന്തിമറിപ്പോർട്ടിൽ ഈ സമ്പ്രദായത്തിന്റെ ചില പരിമിതികൾ പരിശോധിച്ചിരുന്നു. ഓർമ്മയുടെ ഘടകം വരുത്തുന്ന അപാകതകളായിരുന്നു അവയിൽ ഒന്ന്. മറ്റൊന്ന് ഇങ്ങനെ സൃഷ്ടിക്കപ്പെട്ട പട്ടികകൾ ചില്ലറ ദീനങ്ങളുടെ ഡാറ്റകൊണ്ട് വളരെ ഭാരിച്ചതായി തീർന്നു എന്നുള്ളതായിരുന്നു. കാലിക പ്രവണതകൾക്കുവേണ്ടിയുള്ള പരിശോധന ഫലശൂന്യമാണെന്നു കാണപ്പെട്ടു. ഉദാഹരണമായി, 1951-ലെ ഗുരുതരമായ ഇൻഫ്ലുവെൻസാ നടപ്പുദീനത്തിന്റെ കാലത്തു റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ട രോഗാതുരതാ നിരക്ക് 75 ശതമാനമായിരുന്നു. താരതമ്യേന നടപ്പുദീനമില്ലാതിരുന്ന മുൻകൊല്ലത്തെ സമസ്ഥാനീയ കാൽവർഷത്തിൽ അതു 71 ശതമാനമായിരുന്നു. ഗുരുതരമായ രോഗാതുരതയിലെ വർദ്ധനവിനെ നിസ്സാര പിന്നണിദീനത്തിന്റെ ഉയർന്ന നിരക്കുകൾകൊണ്ടു മുക്കിക്കളഞ്ഞിരുന്നു. 1971-ൽ ഒരു പൊതുഗാർഹിക സർവെ (പൊ.ഗാ.സ) തുടങ്ങിവെച്ചതോടെ ഇംഗ്ലണ്ടിൽ ഡാറ്റാശേഖരണത്തിന്റെ ഒരു കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെട്ട സമ്പ്രദായം ആരംഭിച്ചു. അത് ആരോഗ്യത്തിന്റെ താഴെപറയുന്ന വശങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നതാണ്.

(എ) മൂർച്ഛിച്ച രോഗം (ACUTE ILLNESS):-

(അഭിമുഖത്തിന്റെ മുമ്പിലത്തെ രണ്ടാഴ്ച്ക്കുള്ളിൽ എപ്പോഴെ ങ്കിലും രോഗത്താലോ പരുക്കിനാലോ സാധാരണ തലത്തിലുള്ള പ്രവർത്തനത്തിനു തടസ്സം)

(ബി) ദീർഘസ്ഥായീ രോഗം (CHRONIC ILLNESS):- ("നി ങ്ങൾക്ക് ദീർഘകാലമായുള്ള വല്ല രോഗമോ ദൗർബ്ബല്യമോ ഉണ്ടോ" എന്ന ചോദ്യത്തിനുള്ള പ്രതികരണം)

(സി) ഡോക്ടരുടെ ഉപദേശം തേടൽ

(ഡി) ആസ്പത്രിയിലെ ഔട്ട് പേഷ്യന്റ് വിഭാഗത്തിലെ ഹാജർനില

ഇന്ത്യയിൽ നേഷണൽ സാമ്പിൾ സർവെ ഓർഗനൈസേഷൻ (എൻ.എസ്.എസ്) അമ്പതുകളിലും (1953-54) അറുപതുകളിലും (1961-62) എഴുപതുകളിലും (1973-74) രാഷ്ട്രവ്യാപകമായ ഡാറ്റാ ശേഖരണത്തിന് ഈ സാങ്കേതിക മാർഗ്ഗം ഉപയോഗിക്കുക യുണ്ടായി.

ഗാർഹിക സർവെ സമ്പ്രദായം വഴി ശേഖരിക്കുന്ന വിവരങ്ങളിൽ, ഒരു ഉപസാമ്പിളിന്റെ വൈദ്യശാസ്ത്രീയാന്വേഷണങ്ങളോടുകൂടിയ ഒരു വിസ്തരിച്ച പഠനത്തിനെന്നപോലെ ഡാറ്റയുടെ സ്വതന്ത്രമായ ഒരു മൂല്യനിർണയം ഉണ്ടാകുന്നില്ല. കഴിഞ്ഞകാലത്തെ സംഭവങ്ങൾ ചൂഴ് ന്നുപരിശോധിക്കുന്നതിൽ ഓർമ്മയുടെ സ്വാധീനവും ഒരു പരിമി തിയാണ്. ആരോഗ്യ സമ്പർക്കഡാറ്റയുടെ സാധുതയെക്കുറിച്ചുള്ള സ്കാൻഡിനേവിയയിലെ ഒരു പഠനം റിപ്പോർട്ടിങ്ങിൽ രോഗം കൂടുതലായി കാണിച്ചതിൽ (False positive) 12.8 ശതമാനം തെറ്റും വിവരം കാണിക്കാതിരുന്നതിൽ (Negative) 13.4 ശതമാനം തെറ്റും വെളിപ്പെടുത്തുകയുണ്ടായി. എന്നാലിത് മറ്റു രാഷ്ട്രങ്ങളെയും മറ്റു ദേശങ്ങളെയും സംബന്ധിച്ച് ഇതേപോലെ ബാധകമാക്കണ മെന്നില്ല. ഈ വീഴ്ച്കൾ ഉണ്ടെന്നിരിക്കിലും ഒരു സമുദായത്തിൽ ആരോഗ്യ ഇടപെടൽ ആവശ്യമാക്കുന്ന രോഗഭാരം മതിക്കുന്നതിനു പൊതു ഗാർഹിക സർവെ ഉപയോഗപ്രദമാണ്. ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിൽ ഞങ്ങൾ പിന്തുടർന്നിട്ടുള്ള സമ്പ്രദായം ഇംഗ്ലണ്ടിലെ

പൊതുഗാർഹിക സർവെയിലേതുപോലെയുള്ള ഒരു സമഗ്രമായ പ്രശ്നാവലിയെ ആധാരമാക്കിയുള്ളതാണ്.

22മൊത്തം രോഗാതുരതയുടെ മതിപ്പുകൾ

പട്ടിക 2.2 ഇന്ത്യയിലെ സ്റ്റേറ്റുകളിലെ മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതക്കുള്ള ലഭ്യമായ ഡാറ്റകാണിക്കുന്നു. എൻ.എസ്.എസ് (നേഷണൽ സാമ്പിൾ സർവെ) ഡാറ്റ ശേഖരിച്ചത് 1973-74-ൽ ആണ്. അതു അഭിമുഖസമ്പ്രദായത്തെ ആസ്പദമാക്കിയതുമായിരുന്നു.

പട്ടിക 2.2

രോഗാതുരത (ആയിരത്തിൽ) ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ (ഗ്രാമങ്ങൾ)

സംസ്ഥാനം	NSS *1974*	KSSP *1987*
ആന്ധ്രപ്രദേശ്	31.94	
ആസ്സാം	17.40	
ബീഹാർ	10.16	
ഗുജറാത്ത്	10.17	
ഹരിയാന	15.96	
കാശ്മീർ	17.79	
കർണാടകം	14.92	
കേരളം	71.21	206.3
മധ്യപ്രദേശ്	20.89	
മഹാരാഷ്ട്ര	27.57	
ഒറീസ	24.20	
പഞ്ചാബ്	27.47	
രാജസ്ഥാൻ	17.33	
തമിഴ്നാട്	33.99	
ഉത്തർപ്രദേശ്	13.22	
പശ്ചിമ ബംഗാൾ	27.71	
ഇന്ത്യ	22.46	

കേരളത്തിലെ കണക്കുകൾ മറ്റു സ്റ്റേറ്റുകളുടേതിൽനിന്നു മുന്നിട്ടുനിൽക്കുന്നതായി കാണാം. എൻ.എസ്.എസ് സർവെ പ്രകാരം കേരളത്തിലെ രോഗാതുരതാ നിരക്കായ 71.21 മുഴുവൻ ഇന്ത്യയിലേതിന്റെ മൂന്നിരട്ടിയിലധികമാണ്. ഞങ്ങളുടെ പഠന ത്തിന്റെ ഫലം ഇതിലും ശ്രദ്ധയാകർഷിക്കുന്നതാണ്. രോഗാതുരതാ നിരക്ക് അവിശ്വസനീയമായ 206.3 എത്തിനിൽക്കുന്നു. രണ്ടു സർവ്വേകളും ഒന്നിനെ തന്നെ അളക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു. അതായത് അഭിമുഖത്തിനു മുമ്പുള്ള രണ്ടാഴ്ചയിലെ മൂർച്ഛിത രോഗത്തെ.

ഈ സന്ദർഭത്തിൽ രണ്ടു പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം പറയേണ്ടിയിരി ക്കുന്നു. രോഗാതുരതാ മതിപ്പുകണക്കുകളിൽ കേരളവും മറ്റു സ്റ്റേറ്റുകളുമായി ഇത്ര വലിയ ഒരു അന്തരം എന്തുകൊണ്ടുണ്ടായി? വിശദീകരണം വേണ്ടിയിരിക്കുന്ന രണ്ടാമത്തെ പ്രശ്നം എൻ.എസ്. എസ് ഡാറ്റയും ഈ പഠനത്തിൽ ലഭ്യമായതും തമ്മിലുള്ള വലിയ അന്തരമാണ്.

അഭിമുഖങ്ങളിലെ ഓർമ്മയെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള രോഗാ തുരതാ മതിപ്പുകണക്കുകൾ വിഭിന്നമായ പ്രദേശങ്ങളും സംസ്കാര ങ്ങളും തമ്മിലുള്ള താരതമ്യപഠനത്തിനുള്ള ഒരു ഉപകരണമെന്ന നിലയ്ക്ക് വളരെ വഴിതെറ്റിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്ന രോഗത്തിലധികവും പ്രതികരിക്കുന്ന ആളുടെ കാഴ്ചപ്പാടിനെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നു. എന്താണ് രോഗമാകുന്നത് എന്നതിനെക്കുറി ച്ചുള്ള കാഴ്ചപ്പാടുകൾ ഓരോ സമൂഹത്തിലേയും സാംസ്കാരികവും സാമൂഹ്യവുമായ ആചാരശീലങ്ങളനുസരിച്ച് വത്യസ്തപ്പെട്ടിരി ക്കാവുന്നതാണ്.

സാക്ഷരതാതോതുകൾ വർധിക്കുകയും വൈദ്യസഹായം കൂടുതൽ വ്യാപകമാവുകയും ചെയ്യുന്നതോടെ ചില്ലറ അസുഖങ്ങൾ കൂടി രോഗങ്ങളായി റിപ്പോർട്ടുചെയ്യപ്പെടുന്നതായി വിഭാവനം ചെയ്യാവുന്നതാണ്. കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിൽ കൂടുതൽ ഇങ്ങനെയാ കാവുന്നതാണ്. കൂടാതെ വൈദ്യസഹായം തേടിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും രോഗം, കൂടുതൽ ഓർമ്മിക്കപ്പെടുവാനിടയുമുണ്ട്. ഈ 'കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ ഘടക'മാണ് (Perception factor) കേരളത്തിൽ കാണുന്ന വർധിച്ച രോഗാതുരതാ നിരക്കുകൾക്കുള്ള പ്രധാനകാ രണമെന്നത് വളരെ സംഭാവ്യമാണ്. സാക്ഷരതയുടെയും

വൈദ്യസഹായത്തിന്റെയും കാര്യത്തിൽ ഏറ്റവും പിന്നോക്കമായ ബീഹാറും ഉത്തർപ്രദേശും പോലുള്ള ചില സ്റ്റേറ്റുകളിലാണ് ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ രോഗാതുരതാ നിരക്കുകൾ എന്നുള്ളതു അർത്ഥവത്താണ്. കുമാറും വൈദ്യനാഥനും നൽകുന്നതുപോലുള്ള മറ്റു വിശദീകരണങ്ങളിലൂടെ രോഗാതുരതാ നിരക്കുകളിലെ വ്യത്യാസങ്ങൾ വിശദീകരിക്കാൻ വിഷമമുണ്ട്. രോഗാതുരത ജനസാന്ദ്രതയുമായി പൊരുത്തപ്പെട്ടതാണെന്നും ഏറ്റവും കൂടുതൽ സാന്ദ്രതയുള്ള കേരളത്തിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ രോഗാതുരതയും ഉണ്ടാകുന്നു എന്നവർ വാദിക്കുന്നു. കേരളത്തിനു തൊട്ടുപിറകിൽ ഏറ്റവും കൂടിയ ജനസാന്ദ്രതയുള്ള രണ്ടു സ്റ്റേറ്റുകളായ പശ്ചിമ ബംഗാളിലെയും ബീഹാറിലെയും രോഗാതുരതാനിരക്കുകൾ പരിശോധിച്ചാൽ ഈ സിദ്ധാന്തം സ്വീകാര്യമല്ലെന്നു കാണാം.

ഞങ്ങളുടെ പഠനവും എൻ.എസ്.എസ് സർവെയും തമ്മിലുള്ള രോഗാതുരതാമതിപ്പു നിരക്കുകളിലെ വലുതായ വ്യത്യാസം സംബന്ധിച്ച് ഭാഗിക വിശദീകരണങ്ങളായി താഴെപറയുന്ന സാദ്ധ്യതകൾ പരിഗണിക്കാവുന്നതാണ്.

1. ഈ പഠനം എൻ.എസ്.എസ് (28-ാം വട്ടം) കഴിഞ്ഞ് 14 വർഷത്തിനുശേഷമാണ്. ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ രോഗാതുരത യിൽ വർദ്ധനവുണ്ടായിട്ടുണ്ടാവാം. ഇതു ശരിയാണെങ്കിൽതന്നെ വ്യത്യാസത്തിന്റെ ഒരു ചെറിയ അംശം മാത്രമേ ഇതിന്റെ സംഭാവന യാവുകയുള്ളൂ. എന്നുമാത്രമല്ല, ആരോഗ്യ രക്ഷാറിക്കാർഡുകൾ വ്യത്യസ്ത രോഗങ്ങളുടെ വ്യാപ്തിയിലോ പ്രചാരത്തിലോ നാടകീയമായ വർദ്ധനവൊന്നും രേഖപ്പെടുത്തുന്നില്ല. അങ്ങനെ ഒരു വർധനവ് സ്റ്റേറ്റിലെ വൈദ്യസമുദായത്തിന്റെ ശ്രദ്ധയിൽ പെടുകയുമുണ്ടായിട്ടില്ല.

2. കൂടുതൽ സംഭാവ്യമായ ഒരു വിശദീകരണം രണ്ടു സർവെകളുടെയും ഇടയിലുള്ള ദശകത്തിൽ 'കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ ഘടകം' മാറിയിട്ടുണ്ട് എന്നുള്ളതാണ്. എഴുപതുകളും എൺപതുകളും കേരളത്തിൽ സാക്ഷരതാതോതുകളിൽ വീണ്ടും വർധനവ് ദർശിക്കുകയുണ്ടായി. ആരോഗ്യ രക്ഷാസൗകര്യങ്ങളുടെ വ്യാപ്തി ഗണ്യമായി വർധിക്കുകയും കേരള സമൂഹം കൂടുതലായി വൈദ്യസഹായ വിധേയമാവുകയും ചെയ്തു.

3. പ്രാദേശിക വ്യതിയാനങ്ങൾ മൂലമുള്ള വൻതോതിലുള്ള ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ കഴിയുന്നതും ചുരുക്കുന്നവിധം ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിൽ കൂടുതൽ വലുതും കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെട്ടവിധം പരപ്പുള്ളതുമായ ഒരു സാമ്പിളാണ് ഉപയോഗിച്ചത്.

4. ഞങ്ങളുടെ സർവെ കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെട്ട വിധം രൂപകല്പന ചെയ്തതായിരുന്നു. അഭിമുഖം നടത്തിയവർ– എല്ലാം അർപ്പണബുദ്ധിയോടുകൂടിയ സജീവ പ്രവർത്തകർ– കൃത്യമായ വിവരം രേഖപ്പെടുത്തുന്നതിനുവേണ്ടി വളരെയധികം പ്രയത്നിക്കുകയും ചെയ്തിരുന്നു.

5. ഞങ്ങളുടെ സർവെ നടത്തിയതു ജൂലായിൽ ആയിരുന്നു. സാധാരണയായി കാലവർഷമാസങ്ങളിലാണ് ഏറ്റവുമധികം രോഗാതുരത ഉണ്ടാകുന്നതും. ഇത് ഉദ്ദേശം20ശതമാനം വർധനവിനു കാരണമായേക്കാം (കാലവർഷമാസങ്ങളിൽ ആസ്പത്രികളിലെ ഔട്ട് പേഷ്യന്റ് ഹാജർ ഉദ്ദേശം 10-20 ശതമാനം കൂടുതലാണ്).

ഈയവസരത്തിൽ ഒരു കാര്യം ശ്രദ്ധിക്കുന്നതു പ്രയോജനകരമായിരിക്കും. വർധിച്ച രോഗാതുരതാ മാനങ്ങൾക്കുള്ള കാരണം എന്തുതന്നെയായിരുന്നാലും ഉയർന്ന തോതുകൾ റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യപ്പെടുന്നു എന്ന വസ്തുതതന്നെ പ്രധാന സൂചനകൾ അടങ്ങുന്നതാണ് എന്നുള്ളതാണ് അത്. കൂടുതൽ രോഗം കാണുമ്പോൾ ജനങ്ങൾ അത്രകണ്ട് വൈദ്യസഹായവും പ്രതീക്ഷിക്കുന്നു. ആരോഗ്യരക്ഷാസമ്പ്രദായം ഈ ആവശ്യം നേരിടത്തക്കവിധം ഉയരേണ്ടിയുമിരിക്കുന്നു.

2.3 ദീർഘസ്ഥായിയായ രോഗം (Chronic illness) മൂലമുള്ള രോഗാതുരത

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും, വിഭിന്ന സ്റ്റേറ്റുകളിൽനിന്നു ലഭ്യമായിട്ടുള്ള ഡാറ്റ ഇതേപോലുള്ളതാണ്.

കേരളവും ഇന്ത്യയിലെ മറ്റു സ്റ്റേറ്റുകളും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം എൻ.എസ്.എസ് ഡാറ്റാ പ്രകാരം നേരത്തേ പറഞ്ഞ മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങളുടേതിനേക്കാൾ കൂടുതലാണെങ്കിലേയുള്ളൂ. താരതമ്യേന കുറഞ്ഞ ഒരു തോതിലാണെന്നു സമ്മതിക്കപ്പെടുന്നുണ്ടെങ്കിലും, കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ ഘടകം ദീർഘസ്ഥായീ രോഗത്തിന്റെ കാര്യത്തിലും

പട്ടിക2-3

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ തോത് ആയിരമാളുകളിൽ–ഗ്രാമങ്ങൾ

സംസ്ഥാനം	NSS	KSSP
	1974	*1987*
ആന്ധ്രപ്രദേശ്	17.02	
ആസ്സാം	15.84	
ബീഹാർ	23.43	
ഗുജറാത്ത്	6.05	
ഹരിയാന	20.12	
കാശ്മീർ	9.48	
കർണാടകം	11.37	
കേരളം	**83.68**	**138.02**
മധ്യപ്രദേശ്	11.65	
മഹാരാഷ്ട്ര	16.09	
ഒറീസ	27.81	
പഞ്ചാബ്	22.77	
രാജസ്ഥാൻ	12.76	
തമിഴ്നാട്	22.26	
ഉത്തർപ്രദേശ്	14.93	
പശ്ചിമ ബംഗാൾ	34.59	
ഇന്ത്യ	20.98	

ഒരു പങ്ക് വഹിക്കുന്നുണ്ട്. കൂടാതെ, ക്ഷയം, പ്രമേഹം, ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ, അർബുദം എന്നിവപോലുള്ള പല ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും വൈദ്യ വൃത്തിയിലുള്ളവർ ചെയ്യുന്ന രോഗനിർണ്ണയം പ്രധാനമാണ്.

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾക്കു കൂടതൽ ഉയർന്ന നിരക്കുകൾ കേരളത്തിലുണ്ടാവാനുള്ള ഒരു കാരണം, ആരോഗ്യ രക്ഷാസ മ്പ്രദായം കൂടുതൽ വ്യാപകമായതുകൊണ്ടു അത്തരം രോഗങ്ങൾ കൂടതലായി കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്നു എന്നതാവാം.

പല ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളും വയസ്സു കൂടിയ പ്രായഗ്രൂപ്പു കളിൽ അധികം ഉണ്ടാകുന്നു. പ്രായം കൂടിയവരുടെ കൂടുതൽ ഉയർന്ന അനുപാതത്തോടുകൂടിയ കേരളത്തിലെ ജനസംഖ്യാരൂപ രേഖയായിരിക്കാം ഇത്തരം രോഗത്തിന്റെ വർധിച്ച പ്രചാരത്തിനുള്ള മറ്റൊരു കാരണം. കേരളത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ ഞങ്ങളുടെ പഠനം ഈ രോഗങ്ങൾക്ക് എൻ.എസ്.എസ്ന്റെതിനേക്കാൾ കൂടുതലു യർന്ന പ്രചാരനിരക്കു കാണിക്കുന്നു. കൂടുതൽ കാഴ്ചപ്പാട്, വർദ്ധിച്ച രോഗനിർണയനിരക്കുകൾ, രണ്ടു പഠനങ്ങൾക്കും ഇടയിലുള്ള 14കൊല്ല ംകൊണ്ടുണ്ടായിട്ടുള്ള ജനസംഖ്യയിലെ വ്യതിയാനം എന്നിവ ഈ വ്യത്യാസത്തെ ഭാഗികമായി വിശദീകരിച്ചേക്കാം.

2–4 ശാരീരിക വൈകല്യം (PHYSICAL DISABILITY)

പട്ടിക 2–4 കേരളത്തിലേയും ഇന്ത്യയിലേയും ജനസംഖ്യയിൽ ഓരോ 1,00,000 നുമുള്ള അവശതാനിരക്കുകൾ കാണിക്കുന്നു. അതു കാഴ്ച, ചലനം, സംസാരവും ശ്രവണവും എന്നിവയിലെ വൈകല്യങ്ങൾ മാത്രമെ ഉൾക്കൊള്ളുന്നുള്ളൂ.

വൈകല്യത്തിന്റെനിരക്കുകളുടെ മതിപ്പ് കൂടുതൽ വസ്തു നിർദ്ദിഷ്ടമാവാനാണിടയുള്ളത്. 'കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ ഘടകം' ഇതിൽ അധികം പങ്കുവഹിച്ചേക്കുകയുമില്ല. ഈ മൂന്നു അവശതകൾക്കും വലുതായ ഒരു നിവാരണ ഘടകം ഉണ്ട്. ആ നിലക്ക് സാമൂഹ്യവും വൈദ്യശാസ്ത്രപരവുമായ പുരോഗതിയോടെ ഈ നിരക്കുകൾ താഴേണ്ടതുമാണ്. ഇന്ത്യയുടെ ബാക്കി ഭാഗത്തെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിൽ അതു അങ്ങനെയാണെന്നു ശരിക്കും കാണുന്നുണ്ട്.

പട്ടിക 2-4

വികലാംഗത്വ നിരക്കുകൾ (ലക്ഷത്തിന്)

കേരളവും ഇന്ത്യയും (ഗ്രാമങ്ങൾ)

വികലാംഗത്വം	ഇന്ത്യ	കേരളം	കേരളം
	NSS1980	*NSS1980*	KSSP 1987
അന്ധത	553	255	208
മൂകത/ബധിരത	553	489	328
അംഗവൈകല്യം	828	874	694
മിശ്രിതങ്ങൾ	----	-----	92
ആകെ	1844	1647	1322

ഒരു ദശകത്തിനുള്ളിൽ അതു കൂടുതൽ താഴോട്ടുവന്നതുപോലെ തോന്നുന്നതായി 1987 ലേക്കുള്ള ഞങ്ങളുടെ ഡാറ്റ തെളിയിക്കുന്നുമുണ്ട്. ഒരു വശത്തു വൈകല്യത്തിന്റെയും, മറുവശത്തു മൂർച്ഛിത – ദീർഘസ്ഥായീ രോഗാതുരതകളുടേയും വിവരകണക്കുകൾ താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോഴുള്ള വ്യത്യാസം വിജ്ഞാനപ്രദമാണ്. മൂന്നാം ലോകത്തിലെ ശാരീരിക അവശതകളിൽ അധികത്തിനും പകരുന്നതോ പോഷകാഹാരസംബന്ധിയായതോ ആയ രോഗങ്ങൾ കാരണമുള്ള മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതയോ ദീർഘസ്ഥായീ രോഗാതുരതതയോ മുന്നോടിയാണ്. ഇന്ത്യയിലെ ബാക്കി സ്റ്റേറ്റുകളിലെ ഉയർന്ന വൈകല്യത്തിന്റെ നിരക്കുകളും അതോടൊപ്പം തന്നെ കാണുന്ന രോഗാതുരതാ നിരക്കുകളും ഒരു വിരോധാഭാസമായി തോന്നിയേക്കാം. ആ സ്റ്റേറ്റുകളിലെ "ഒളിഞ്ഞിരിക്കുന്ന രോഗാതുരതയുടെ" വലിപ്പത്തിന്റെ സൂചനയാണ് ഇത് കാണിക്കുന്നത്.

പട്ടിക 2-4

വികലാംഗത്വ നിരക്കുകൾ (ലക്ഷത്തിന്)
കേരളവും ഇന്ത്യയും (ഗ്രാമങ്ങൾ)

വികലാംഗത്വം	ഇന്ത്യ	കേരളം	കേരളം
	NSS1980	*NSS1980*	KSSP 1987
അന്ധത	553	255	208
മൂകത/ബധിരത	553	489	328
അംഗവൈകല്യം	828	874	694
മിശ്രിതങ്ങൾ	----	----	92
ആകെ	1844	1647	1322

ഒരു ദശകത്തിനുള്ളിൽ അതു കൂടുതൽ താഴോട്ടുവന്നതുപോലെ തോന്നുന്നതായി 1987 ലേക്കുള്ള ഞങ്ങളുടെ ഡാറ്റ തെളിയിക്കുന്നുമുണ്ട്. ഒരു വശത്തു വൈകല്യത്തിന്റെയും, മറുവശത്തു മൂർച്ഛിത – ദീർഘസ്ഥായീ രോഗാതുരതകളുടേയും വിവരകണക്കുകൾ താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോഴുള്ള വ്യത്യാസം വിജ്ഞാനപ്രദമാണ്. മൂന്നാം ലോകത്തിലെ ശാരീരിക അവശതകളിൽ അധികത്തിനും പകരുന്നതോ പോഷകാഹാരസംബന്ധിയായതോ ആയ രോഗങ്ങൾ കാരണമുള്ള മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതയോ ദീർഘസ്ഥായീ രോഗാതുരതതയോ മുന്നോടിയാണ്. ഇന്ത്യയിലെ ബാക്കി സ്റ്റേറ്റുകളിലെ ഉയർന്ന വൈകല്യത്തിന്റെ നിരക്കുകളും അതോടൊപ്പം തന്നെ കാണുന്ന രോഗാതുരതാ നിരക്കുകളും ഒരു വിരോധാഭാസമായി തോന്നിയേക്കാം. ആ സ്റ്റേറ്റുകളിലെ "ഒളിഞ്ഞിരിക്കുന്ന രോഗാതുരതയുടെ" വലിപ്പത്തിന്റെ സൂചനയാണ് ഇത് കാണിക്കുന്നത്.

കൂടുതൽ പ്രാപ്യമാക്കി അങ്ങനെ മരണനിരക്കു കുറയ്ക്കുന്ന തിലാണ് ആനുപാതികമായി അധികം ഫലപ്രദമായി രുന്നിട്ടുള്ളത് എന്നു കാണിക്കുകമാത്രമാണ്.

3. മരണനിരക്കിലുള്ള കുറവ് ജനനനിരക്കിലുള്ള കുറവിനോ ടുചേർന്ന് ജനസംഖ്യയിൽ പ്രായപൂർത്തിയായവരും വൃദ്ധരും അധികമാകും വിധം ജനസംഖ്യാസ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകളിൽ മാറ്റം ഉണ്ടാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

പട്ടിക 2–5

സമൂഹത്തിന്റെ പ്രായഘടന – കേരളവും ഇന്ത്യയും

	<5 Years	5-14 Years	15-59 Years	>60 years
ഇന്ത്യ	12.6	27.0	55.7	4.7
കേരളം	9.59	21.9	59.74	8.78

4. കേരളത്തിനു ഇങ്ങനെ രോഗാതുരതയുടെ ഒരു ദ്വിരൂപിയായ മാതൃകാരൂപം ഉണ്ടായിരിക്കാവുന്നതാണ്. ഒരു വശത്തു ദാരിദ്ര്യവും പരിസ്ഥിതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടരോഗത്തിന്റെ പ്രചാരം നിയന്ത്രിക്ക പ്പെട്ടിട്ടില്ല. മറുവശത്തു ദീർഘസ്ഥായീരോഗങ്ങളുടെയും ക്ഷയിപ്പി ക്കുന്ന രോഗങ്ങളുടെയും പ്രചാരം വർദ്ധിച്ചിട്ടുമുണ്ട്.

2–6 രോഗാതുരതയുടെ മാതൃകാരൂപം

മേൽപറഞ്ഞ താൽക്കാലിക വിശദീകരണത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗം രോഗാതുരതയുടെ മാതൃകാരൂപം നോക്കി പരിശോധിക്കാവുന്ന താണ്. പട്ടിക 2–6–ൽ വത്യസ്ത മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങളുടെ പ്രചാരം കാണിക്കുന്നു. പനിയും വയറിളക്കവും ആണ് ഏറ്റവും സാധാര ണമായ രോഗങ്ങൾ. ഈ രോഗങ്ങൾ കാരണമുള്ള രോഗാതുരതാ നിരക്കുകൾ ഞങ്ങളുടെ സർവെയിൽ ഇന്ത്യയുടെ ബാക്കി ഭാഗത്തിനു ഉദ്ധരിച്ചിട്ടുള്ള ആകെ രോഗാതുരതാനിരക്കുകളിലും അധികവുമാണ്. സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾ രോഗാതുരതയുടെ 68

ശതമാനമാണ് (പനി ശരിക്കും ഒരു രോഗലക്ഷണമാണെങ്കിലും മുഖ്യമായും അതു സാംക്രമികരോഗങ്ങളിലാണ് കാണുന്നത്).

പട്ടിക 2–6

മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള രോഗാതുരത

(രണ്ടാഴ്ചക്കാലം – ജൂലൈ 1987)

രോഗം	രോഗാതുരതാനിരക്ക് (ആയിരം ആളുകളിൽ)	ആകെ രോഗത്തിന്റെ %
1.വയറിളക്കം	22.0	10.5
2.പനി	118.5	54.65
3.മലേറിയ	0.36	0.17
4.മന്ത്	0.14	0.06
5.ചിക്കൻപോക്സ്	0.43	0.20
6.അഞ്ചാംപനി	0.59	0.27
7.മുണ്ടിനീര്	0.49	0.22
8.ഡിഫ്ത്തീരിയ	0.21	0.10
9.ടെറ്റനസ്	0.17	0.08
10.മഞ്ഞപ്പിത്തം	2.8	1.31
11.ടൈഫോയ്ഡ്	0.28	0.13
12.ആസ്ത്മ	5.2	2.40
13.ന്യൂമോണിയ	0.55	0.25
14.ഹൃദയസ്തംഭനം	1.1	0.53
15.പക്ഷവാതം	2.0	0.94
16.പ്രമേഹം	1.4	0.66
17.രക്തസമ്മർദ്ദം	2.0	0.92
18.ഗോയിറ്റർ	0.35	0.16
19.അലർജി	2.8	1.27
20.മറ്റുള്ളവ	54.0	24.92

പട്ടിക 2–6–1 വത്യസ്ത ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ പ്രചാരം കാണിക്കുന്നു. ഇവിടെ ക്ഷയംപോലുള്ള സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾക്കും ക്ഷയിപ്പിക്കുന്ന ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ (ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം) പോലുള്ള രോഗങ്ങൾക്കും ഗണ്യമായ പ്രചാരം ഉള്ളതായികാണിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2.6.1

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ തോത്

(ആയിരം പേരിൽ)

രോഗം	രോഗാതുരതാ നിരക്ക്	അകെയുള്ളതിന്റെ ശതമാനം
1.കുഷ്ഠം	0.43	0.30
2.ക്ഷയം	6.2	4.27
3.മന്ത്	0.76	0.52
4.ആസ്ത്മ	16.5	11.27
5.രക്തസമ്മർദ്ദം	11.8	8.05
6.ഹൃദയസ്തംഭനം	5.0	3.38
7.കാൻസർ	0.92	0.263
8.പെപ്റ്റിക്ക് അൾസർ	7.1	4.83
9.ഗർഭപാത്രരോഗങ്ങൾ	4.8	3.25
10.മൂത്രസംബന്ധ രോഗങ്ങൾ	4.8	3.25
11.സന്ധീരോഗങ്ങൾ	18.3	12.44
12.ഗോയിറ്റർ	2.11	1.45
13.പ്രമേഹം	3.4	2.31
14.മറ്റുള്ളവ	64.2	43.73

പത്ത് ഏറ്റവും സാധാരണമായ രോഗങ്ങൾ (മൂർച്ഛിതരോഗങ്ങളും ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളും ഉൾപ്പെടെ) ഏതൊക്കെയാ

ണെന്നും അവ മൂലമുള്ള രോഗാതുരതയും പട്ടിക 2-6-2-ൽ കാണിച്ചിട്ടുണ്ട്. മുമ്പുപറഞ്ഞ താൽക്കാലിക വിശദീകരണത്തിൽ പ്രവചിച്ചിട്ടുള്ളതുപോലെ സാംക്രമിക രോഗങ്ങളുടെയും ക്ഷയിപ്പിക്കുന്ന രോഗങ്ങളുടെയും ഒരു കലർപ്പാണ് അത് എന്ന് കാണിക്കുന്നു.

പട്ടിക -2-6-2

ഏറ്റവുമധികം കണ്ടുവരുന്ന പത്തു രോഗങ്ങൾ

രോഗം	തോത്(ആയിരം പേരിൽ)
1. പനി	118.5
2. വയറിളക്കം	22.0
3. സന്ധിരോഗങ്ങൾ	18.3
4. ആസ്തമ	16.5
5. രക്തസമ്മർദ്ദം	11.8
6. പെപ്റ്റിക് അൾസർ	7.1
7. ക്ഷയം	6.2
8. ഹൃദ്രോഗം	5.0
9. ഗർഭപാത്ര രോഗങ്ങൾ	4.8
10. മൂത്ര സംബന്ധ രോഗങ്ങൾ	4.8

ചില പ്രത്യേക രോഗങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച ശ്രദ്ധേയമായ ചില സവിശേഷതകളും ഞങ്ങളുടെ സർവെയുടെ പരിമിതികളും ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നതു സന്ദർഭോചിതമായിരിക്കും.

പനി

പനിയാണ് ഏറ്റവും സാധാരണമായ രോഗം, അതു വത്യസ്ത സാംക്രമിക കാരകങ്ങൾ മൂലമുള്ളതാകാവുന്നതാണ്. തീർച്ചയായും പനി മുഖ്യരോഗലക്ഷണമായ ടൈഫോയിഡ്പോലുള്ള രോഗങ്ങൾ

മുഴുവൻ റിപ്പോർട്ടുചെയ്യപ്പെടാതെ പനിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തപ്പെട്ടേക്കാം. നേഷണൽ സാമ്പിൾ സർവെയും പനിയെയാണ് ഏറ്റവും സാധാരണമായ രോഗമായി കണ്ടത്. എന്നാൽ അവർ അതിനെ ഇൻഫ്ലുവൻസ എന്നു വിളിക്കാനാണ് ഇഷ്ടപ്പെട്ടത്. അതു ശാസ്ത്രീയാർത്ഥത്തിൽ ശരിയായിട്ടുള്ളതല്ല. കാരണം നമ്മുടെ പരിതസ്ഥിതികളിൽ കൃത്യമായി രോഗനിർണ്ണയത്തിനു കഴിയാത്ത ഒരു പ്രത്യേകതരം രോഗവിഷാണുബാധകൊണ്ടുണ്ടാവുന്ന പനിയെയാണ് അതു സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. അർബ്ബുദം, റുമറ്റോയിഡ് ആർത്രൈറ്റിസ് (സന്ധിവാതം) മുതലായ പനിക്കുള്ള സാംക്രമികമല്ലാത്ത കാരണങ്ങൾ, വീക്കം, സന്ധിവേദന തുടങ്ങിയ മുഖ്യ ചിഹ്നങ്ങളെയും ലക്ഷണങ്ങളെയും ആശ്രയിച്ച്, അധികവും അതേനിലയിൽതന്നെ റിപ്പോർട്ടുചെയ്യപ്പെടാനാണിട. ഒളിഞ്ഞിരിക്കുന്ന സാംക്രമികങ്ങള്ലാത്ത കാരണങ്ങൾ പനിയായി കാണപ്പെടുന്നത് വളരെ അപൂർവ്വമാണ്. അതിനാൽ എല്ലാ പ്രയോഗികാവശ്യങ്ങൾക്കും ഞങ്ങളുടെ സർവെയിൽ റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തതുപോലെ പനി സാംക്രമിക പനിയുടെ പര്യായമാവാനാണിടയുള്ളത്.

വയറിളക്കം

ഇതിൽ കോളറയും രക്തതിസാരവും ഉൾപ്പെടും. കാലവർഷമാസങ്ങളിൽ വയറിളക്കരോഗങ്ങളിൽ 20-30 ശതമാനം വർദ്ധനവുകാണാം. ഞങ്ങളുടെ സർവെ നടത്തിയതു കാലവർഷമാസമായ ജൂലായിൽ ആണ്.

ആസ്ത്മ

ഏങ്ങൽ പ്രധാന ലക്ഷണമായ മൂർച്ഛിച്ച ശ്വാസകോശസംബന്ധിയായ സാംക്രമികരോഗങ്ങൾ (കുട്ടികളിൽപ്രത്യേകിച്ചും) ആസ്ത്മയായി ഉൾപ്പെടുത്താനിടയുണ്ട്. പ്രായപൂർത്തിയായവരിലെ ശ്വാസസഞ്ചാരമാർഗ്ഗം തടസ്സപ്പെടുത്തുന്ന രോഗങ്ങളും ഉഷ്ണമേഖലയിലെ ഇയൊസിനോഫിലിയെപോലുള്ള സ്ഥിതിവിശേഷങ്ങളും ഇതിൽ ഉൾപ്പെടാം.

കുഷ്ഠം

അഭിമുഖത്തിനു വരുന്നവരോട് ജനം എളുപ്പം വെളിപ്പെടുത്തുക യില്ലെ ന്നുള്ളതുകൊണ്ടു ഞങ്ങളുടെ സർവെയിൽ കുഷ്ഠത്തിന്റെ മതിപ്പുകണക്ക് യഥാർഥത്തിൽ ഉള്ളതിലും വളരെയധികം കുറവാ വാനിടയുണ്ട്. കേരളത്തിൽ കുഷ്ഠരോഗികളുടെ മതിപ്പുകണക്ക് 1.55 ലക്ഷമാണ്. ഞങ്ങളുടെ സർവെ പ്രകാരം സ്റ്റേറ്റിന്റെതായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നതു 0.12 ലക്ഷം മാത്രമേവരുന്നുള്ളൂ.

ക്ഷയരോഗം

ഈ സ്റ്റേറ്റിൽ 3.7 ലക്ഷം ക്ഷയരോഗികൾ ഉള്ളതായി കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. അതിൽ 93000 'Open' (ഓപ്പൻ) അഥവാ 'കഫം' പോസിറ്റീവ് (അണു സാന്നിദ്ധ്യം ദൃഢീകരിക്കുന്നത്) ആണെന്നു കരുതപ്പെടുന്നു. ഞങ്ങളുടെ സർവെയിൽ ഈ സ്റ്റേറ്റിന്റെതായി മുന്നോട്ടു വെച്ചിട്ടുള്ള സംഖ്യ 175000 ആണ്. ഇതു രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെട്ട കേസുകളെ പ്രതിനിധാനം ചെയ്യു ന്നതാവാം.

പ്രമേഹവും ഹൈപ്പർ ടെൻഷനും

രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെടാത്ത കേസുകൾ എണ്ണത്തിൽ വളരെയധികം വരാം. യഥാർഥസംഖ്യ സർവെയിലുള്ളതിനേക്കാളും അധികമാവാം.

അർബ്ബുദം

അർബ്ബുദം നല്ല പോലെ ഓർമ്മിക്കപ്പെടുന്ന രോഗമാകയാൽ സർവെയിലെ കണക്കുകൾ ആലംബനീയമാവാനാണിടയുള്ളത്. ഞങ്ങളുടെ സർവെയിൽനിന്നു കണക്കാക്കുന്നത് സ്റ്റേറ്റിൽ ആകെ 25705 കേസുകൾ എന്നാണ്. ഇത് തിരുവനന്തപുരത്തെ റീജിയണൽ അർബ്ബുദകേന്ദ്രം പ്രതിവർഷ പ്രചാരത്തിന്റെതായി ഉദ്ധരിക്കുന്ന

40000-80000 എന്ന പരിധികൾക്കുള്ളിലുള്ള സംഖ്യയേക്കാൾ വളരെ കുറവാണ്.

തൊണ്ടവീക്കം (ഗോയിറ്റർ)

കാണാവുന്ന തൊണ്ടവീക്കങ്ങൾ, വിശേഷിച്ചും 3,4 എന്നീ ഗ്രേഡുകളിൽ പെട്ടത്, സർവെയിൽ വിട്ടുപോവാൻ ഇടയില്ല. ഈ സ്റ്റേറ്റിലേതായി 59655 കേസുകളാണ് ഞങ്ങളുടെ സർവ്വേ പ്രകാരം കണക്കാക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത്. ഇവയെല്ലാം തന്നെ3,4 ഗ്രേഡുകളിലെ തൊണ്ടവീക്കമാണെന്നും തൊണ്ടവീക്കങ്ങളുടെ 10 ശതമാനം മാത്രമേ ഈ വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നുള്ളൂ എന്നും സങ്കല്പിച്ചാൽ തന്നെ എല്ലാ ഗ്രേഡുകളിലും പെട്ട തൊണ്ടവീക്കങ്ങളുടെ ഒട്ടാകെയുള്ള പ്രചാരം 2.1 ശതമാനം മാത്രമേ ആവുകയുള്ളൂ. എൻഡമിക് ഗോയിറ്റർ ബാധിത പ്രദേശങ്ങളെന്നു വിളിക്കാൻ വേണ്ടതിലും വളരെ താഴെയാണിത്. എന്നാൽ സ്റ്റേറ്റിൽ ഉയർന്ന ഗോയിറ്റർ നിരക്കുള്ള ഒറ്റതിരിഞ്ഞ പ്രദേശങ്ങൾ ഉണ്ടോ എന്നറിയാൻ തെരച്ചിൽ നടത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

വ്യത്യസ്ത പ്രായഗ്രൂപ്പുകളിലെ രോഗാതുരത

വ്യത്യസ്ത പ്രായഗ്രൂപ്പുകളിലെ രോഗാതുരതാനിരക്കുകൾ–അതിൽ അഞ്ചിൽ താഴെയുള്ളവരും വൃദ്ധരും ജനസംഖ്യയിൽ തങ്ങളുടെ തായ അനുപാതത്തിലും അധികമായ രോഗാതുരത കാണിക്കുന്നു– പ്രതീക്ഷിച്ച വിധം തന്നെയാണ്. തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട രോഗങ്ങൾക്കുള്ള മാതൃകാരൂപവും പ്രായത്തിനനുസരിച്ച് തരംതിരിച്ചുകാണിച്ചിട്ടുള്ള ഒട്ടാകെ രോഗാതുരതയും പട്ടിക 2-6 3–ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു. വ്യത്യസ്ത രോഗങ്ങൾക്കുള്ള തരം തിരിവ് പ്രതീക്ഷിച്ചതുപോലെയുള്ളതും അതു സർവെ സാമ്പിളിന്റെ വിശ്വസനീയതക്കുള്ള തെളിവും ആകുന്നു.

പട്ടിക 2-6-3

വിവിധ രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള രോഗാതുരത പ്രായമനുസരിച്ച്
(ശതമാനങ്ങൾ)

	<5 വർഷം	5-15 വർഷം	15-50 വർഷം	50+ വർഷം
വയറിളക്കം	29.5	22.5	32.8	15.2
പനി	13.1	27.3	44.7	14.8
ചിക്കൻപോക്സ്	28.0	12.0	56.0	4.0
അഞ്ചാംപനി	35.3	58.8	5.9	----
രക്തസമ്മർദ്ദം	----	2.6	25.4	71.9
ആസ്മ	8.9	15.7	31.4	44.0
മഞ്ഞപ്പിത്തം	17.2	50.3	30.1	2.5
ഹൃദയസ്തംഭനം	3.1	12.3	40.0	44.6
മൊത്തം രോഗാതുരത	13.0	23.5	44.0	19.5
ജനസംഖ്യയിലെ അനുപാതം	9.6	21.9	59.7	8.8

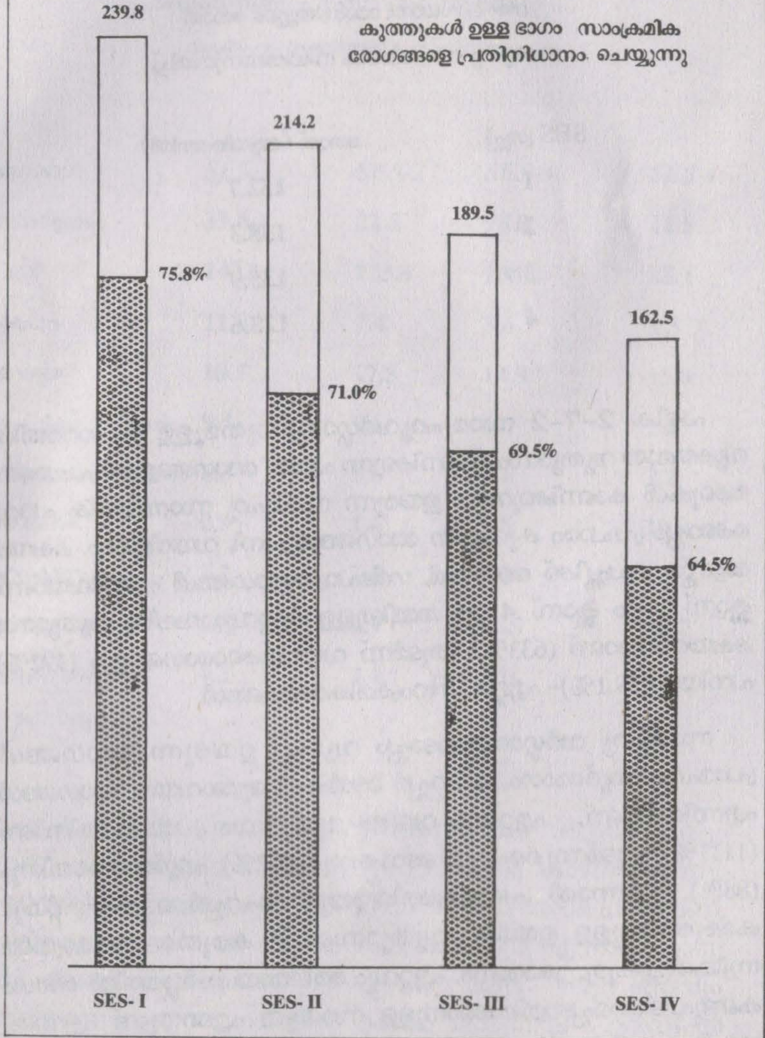
2-7 രോഗാതുരതയും അവശതയും, സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി അനുസരിച്ച്

വർദ്ധിച്ച തോതിലുള്ളതായി അനുമാനിക്കപ്പെടുന്ന രോഗാതുരതക്ക് പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ, ദീർഘസ്ഥായിയും ക്ഷയിപ്പിക്കുന്നതുമായ, രോഗങ്ങൾ എന്നീ രണ്ടു പ്രധാന ഘടകങ്ങൾ ഉള്ളതായി നാം കണ്ടിട്ടുണ്ട്. ഇവയെ യഥാക്രമം "ദാരിദ്ര്യത്തിന്റെ രോഗങ്ങൾ ,എന്നും 'സമ്പന്നതയുടെ രോഗങ്ങൾ" എന്നും ചിലപ്പോൾ മുദ്രയടിക്കാറുണ്ട്. അവ ശരിക്കും അങ്ങനെയാണെങ്കിൽ, കേരളത്തിലെ ഇരട്ടിച്ച രോഗാതുരതയുടെ സിദ്ധാന്തം സാധുവാണെങ്കിൽ, അതു വ്യത്യസ്ത സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗങ്ങളിലെ വ്യത്യസ്ത രോഗാതുരതാ നിരക്കുകളിൽ പ്രതിഫലിക്കേണ്ടതാണ്.

ചിത്രം 2-7 സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗം അനുസരിച്ചുള്ള മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതാ നിരക്കുകൾ ചിത്രീകരിക്കുന്നു. സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗാനുസരണം മൂർച്ഛിത രോഗാതുരത പടിപടിയായി കുറയുന്നു. ഏറ്റവും സമ്പന്നമായ വർഗ്ഗത്തിലെ മൂർച്ഛിത രോഗം മൂലമുള്ള രോഗാതുരത ഏറ്റവും ദരിദ്രമായ വർഗ്ഗത്തിലേതിന്റെ മൂന്നിൽ രണ്ടു (67%) മാത്രമേ ഉള്ളൂ. ഈ കുറവ് മിക്കവാറും മുഴുവൻ തന്നെ പകരുന്ന രോഗങ്ങളുടെ വ്യാപ്തിയിലുള്ള കുറവു കാരണമാണെന്നും ചിത്രത്തിൽ നിന്നു കാണാവുന്നതാണ്.

മൂർഛിതരോഗങ്ങൾക്കിടയിലെ ടൈഫോയ്ഡ്, അഞ്ചാംപനി, ചിക്കൻപോക്സ് തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾക്കു പുറമേ പനി, വയറിളക്കം, മഞ്ഞപ്പിത്തം മുതലായരോഗങ്ങളും ഈ സർവേ വിശകലനത്തിൽ സാംക്രമിക രോഗങ്ങളായാണ് പരിഗണിച്ചിട്ടുള്ളത്. യഥാർത്ഥത്തിൽ ഇവയെല്ലാം സാംക്രമികമല്ലാത്ത കാരണങ്ങളാലും ഉണ്ടാവാമെങ്കിലും അങ്ങനെയുള്ള കാരണങ്ങൾ വളരെ വളരെ അപൂർവ്വമായേ കാണാറുള്ളൂ.

സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവുമായ പദവി ഉയരുന്നതോടെ മൂർച്ഛിത രോഗതുരത കുറയുന്നുവെന്നും ഈ കുറവ് സാംക്രമിക രോഗങ്ങളുടെ വ്യാപ്തിയിലുള്ള കുറവുകൊണ്ടാണെന്നും തീരുമാനിക്കാവുന്നതാണ്. എന്നാൽ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട ഒരു വസ്തുത, രണ്ട് അറ്റത്തുള്ള വർഗ്ഗങ്ങൾ തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം 47.6 ശതമാനത്തോളം മാത്രമേ ഉള്ളൂവെന്നും ഏറ്റവും സമ്പന്നമായ വർഗ്ഗത്തിൽപോലും മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങളിൽ ചുരുങ്ങിയത് 64.5 ശതമാനം സാംക്രമിക രോഗങ്ങളാണെന്നുമുള്ളതാണ്.പട്ടിക 2-7-1 സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക വർഗ്ഗമനുസരിച്ചുള്ള ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ തോത് കാണിക്കുന്നു. മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലെന്നപോലെ ഇവിടെയും സാമ്പത്തിക പദവിയിലെ ഉയർച്ച അനുസരിച്ച് നിരക്കുകളിൽ കുറവുണ്ട്. എന്നാലിതു അത്രത്തോളം തന്നെ ഗണ്യമായതല്ല. ക്ലാസ് 1 ഉം ക്ലാസ് 4 ഉം തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം 18.7 ശതമാനമേ വരുന്നുള്ളൂ. ഇത് ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ, ക്ഷയം പോലെയുള്ള ദാരിദ്ര്യവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗങ്ങളുടെയും പ്രമേഹവും ഹൈപ്പർടെൻഷനും (തീവ്രരക്തസമ്മർദ്ദം) പോലുള്ള സമ്പന്നരോഗങ്ങളുടേയും ഒരു കലർപ്പാണ് എന്നുള്ളതുകൊണ്ടാണ്.


മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതയുടെ തോത് SES
ഗ്രൂപ്പനുസരിച്ച്
239.8
കുത്തുകൾ ഉള്ള ഭാഗം സാംക്രമിക
രോഗങ്ങളെ പ്രതിനിധാനം ചെയ്യുന്നു
214.2
189.5
162.5
75.8%
71.0%
69.5%
64.5%
SES- I
SES- II
SES- III
SES- IV

പട്ടിക 2-7-1

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെ തോത്
സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച്

SES ഗ്രൂപ്പ്	തോത് (ആയിരത്തിൽ)
1	152.7
2	138.3
3	135.9
4	128.6

പട്ടിക 2-7-2 സാമൂഹ്യവർഗ്ഗാനുസൃതമുള്ള പ്രചാരത്തിൽ വ്യക്തമായ വ്യത്യാസം കാണിക്കുന്ന പത്തു രോഗങ്ങളുടെ പ്രചാരനിരക്കുകൾ കാണിക്കുന്നു. ഉയരുന്ന സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക പദവിക്കൊപ്പം പ്രചാരം കുറയുന്ന രോഗങ്ങൾ പനി, വയറിളക്കം, ക്ഷയം, ആസ്ത്മ, പെപ്റ്റിക്ക് അൾസർ, ഗർഭപാത്രരോഗങ്ങൾ എന്നിവയാണ്. ക്ലാസ് 1 ഉം ക്ലാസ് 4 ഉം തമ്മിലുള്ള ഏറ്റവും വലിയ വ്യത്യാസം ക്ഷയത്തിനാണ് (633%). തുടർന്ന് വയറിളക്കരോഗങ്ങളും (192%) പനിയും (59.1%)- എല്ലാം സാംക്രമികരോഗങ്ങൾ.

സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗത്തോടൊപ്പം വ്യാപ്തി ഉയരുന്ന രോഗങ്ങൾ പ്രമേഹം, ഹൃദ്രോഗം, ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ മൂത്രാവയവ രോഗങ്ങൾ എന്നിവയാണ്. ഏറ്റവും വലിയ വ്യത്യാസം പ്രമേഹത്തിനാണ് (1111%). തുടർന്നു ഹൈപ്പർ ടെൻഷനും (252%), ഹൃദ്രോഗത്തിനും (88%). എന്നാൽ പ്രമേഹത്തിന്റെയും ഹൈപ്പർ ടെൻഷന്റെയും കാര്യത്തിലുള്ള ഉയർന്ന വ്യത്യാസങ്ങൾ കരുതലോടെമാത്രമെ സ്വീകരിച്ചുകൂടു. കാരണം, ഏറ്റവും ദരിദ്രമായ വർഗ്ഗത്തിൽ രോഗം കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടാതിരിക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യത ഏറെയുണ്ട് എന്നതിനാൽ. ഈ ഉയർന്ന വ്യത്യാസത്തിനുള്ള ഭാഗികമായ മറ്റൊരു കാരണം ഉപരി വർഗ്ഗത്തിൽ ഈ രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള മരണനിരക്ക് കുറവാണെന്നുള്ളതാണ്.

പട്ടിക 2–7–2

ദരിദ്രരോഗങ്ങളും സമ്പന്നരുടെ രോഗങ്ങളും സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയും

രോഗങ്ങൾ	*SES-1*	*SES-2*	*SES-3*	*SES-4*
1.വയറിളക്കം	**33.6**	**22.6**	**18.0**	**11.5**
2.പനി	**140.8**	**123.3**	**108.2**	**88.4**
3.ക്ഷയം	**11.0**	**7.4**	**3.6**	**1.3**
4.അസ്ത്മ	**18.5**	**17.5**	**14.9**	**13.0**
5.പെപ്റ്റിക്ക് അൾസർ	**9.4**	**7.1**	**6.4**	**5.3**
6.ഗർഭാശയരോഗങ്ങൾ	**6.3**	**5.6**	**3.4**	**2.1**
7.പ്രമേഹം	**0.9**	**1.6**	**5.6**	**10.9**
8.ഹൃദ്രോഗം	**3.2**	**5.1**	**5.2**	**6.0**
9.രക്തസമ്മർദ്ദം	**6.3**	**8.9**	**16.5**	**22.2**
10.മൂത്രസംബന്ധ രോഗങ്ങൾ	**4.2**	**4.4**	**5.1**	**6.6**

പട്ടിക 2–7–3 ഓരോ സമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക വർഗ്ഗത്തിലേയും ഏറ്റവും സാധാരണമായ ആറുരോഗങ്ങൾ കാണിക്കുന്നു. എല്ലാവർഗ്ഗങ്ങളിലേയും ഏറ്റവും സാധാരണമായ രോഗം പനിയാണ്. വയറിളക്കം ക്ലാസ് 1–ൽ രണ്ടാം സ്ഥാനത്താണ്, എന്നാൽ ക്ലാസ് 4–ൽ അഞ്ചാം സ്ഥാനത്തും. ക്ലാസ് 3ലും 4ലും ഏറ്റവും സാധാരണ ആറു രോഗങ്ങളിൽ ക്ഷയം പെടുന്നില്ല . ക്ലാസ്4–ൽ ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ രണ്ടാം സ്ഥാനത്തും പ്രമേഹം ആറാം സ്ഥാനത്തുമാണ്.

പട്ടിക 2-7-3

ഓരോ സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പിലും ഏറ്റവുമധികമുള്ള ആറു രോഗങ്ങൾ

രോഗം	സ്ഥാനം (RANK)			
	SES-1	*SES-2*	*SES-3*	*SES-4*
പനി	**1**	**1**	**1**	**1**
വയറിളക്കം	**2**	**2**	**3**	**5**
സന്ധിരോഗങ്ങൾ	**4**	**3**	**2**	**3**
ആസ്ത്മ	**3**	**4**	**5**	**4**
രക്തസമ്മർദ്ദം	---	**5**	**4**	**2**
പെപ്റ്റിക്ക് അൾസർ	**6**	---	**6**	---
ക്ഷയം	**5**	**6**	----	---
പ്രമേഹം	---	---	----	**6**

അങ്ങനെ കേരളത്തിൽ, സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക പദവി ഏതായാലും സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾതന്നെയാണ് ഏറ്റവും സാധാരണമായിട്ടുള്ള രോഗങ്ങൾ. സമ്പന്നരായിരുന്നിട്ടും ഏറ്റവും ഉപരിതലത്തിലുള്ള വർഗ്ഗത്തിൽ, താരതമ്യേന കുറവാണെങ്കിലും ഗണ്യമായതോതിൽ സാംക്രമികകാരണത്താലുള്ള രോഗാതുരത ഉണ്ട്. പരിസ്ഥിതി ഘടകങ്ങളുടെ പങ്ക് ഇതിൽ പലതിനും ഉത്തര വാദിയായിരിക്കാം.

ഉപരിതലവർഗ്ഗങ്ങളുടെയിടയിൽ ക്ഷയിപ്പിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾ ഉയർന്നുവരുന്ന പ്രവണതയുണ്ട്. ജനസംഖ്യാസ്ഥിതിവിവര ക്കണക്കുകളിൽ കൂടുതൽ മാറ്റങ്ങൾ വരുന്നതോടെ ഇത് കൂടുതൽ പ്രകടമാവാം.

സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക വർഗ്ഗവും വൈകല്യവും

ഇന്ത്യയുടെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ഈ സംസ്ഥാനത്തിൽ ശാരീരികമായ വൈകല്യങ്ങൾ വളരെ കുറവാണെന്നു നാം കണ്ടുകഴിഞ്ഞതാണ്. വത്യസ്ത സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക വർഗ്ഗങ്ങളിലെ ആറുവിഭാഗങ്ങളിൽ പെട്ട വൈകല്യങ്ങളുടെ തോത് പട്ടിക 2–7–4–ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 2–7–4

വൈകല്യത്തിന്റെ തോത്

(100,000 പേരിലുള്ള നിരക്കുകൾ)

വൈകല്യം	*SES-1*	*SES-2*	*SES-3*	*SES-4*	ആകെ
ചലന വൈകല്യം	1008	700	617	405	694
ബധിരത/മൂകത	459	352	264	192	328
അന്ധത	319	228	150	106	208
മാനസികവൈകല്യം	459	320	282	426	336
അപസ്മാരം	306	225	132	149	203
ബുദ്ധിമാന്ദ്യം	166	228	228	106	210
മിശ്രണങ്ങൾ	128	116	54	21	92
ആകെ	2896	2186	1738	1427	2091

ചലനത്തിലുള്ള വൈകല്യം, സംസാരിക്കുന്നതിലും കേൾക്കുന്നതിലുമുള്ള വൈകല്യം (ബധിര–മൂകത), കാഴ്ചയിലുള്ള വൈകല്യം (അന്ധത),എന്നീ പ്രധാനമായ നിവാരകഘടകമുള്ള വിഭാഗങ്ങളിൽ, നിരക്കുകൾ ഉയർന്നുവരുന്ന സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗവുമായി ഒരു പ്രതിലോമബന്ധമാണ് കാണിക്കുന്നത്. ഇതിൽ ഓരോന്നിലും രണ്ടറ്റത്തുള്ള വർഗ്ഗങ്ങൾ തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം യഥാക്രമം 149%,139%,201% എന്നിങ്ങനെയാണ്.

ദരിദ്രവർഗ്ഗങ്ങളിലെ വൈകല്യത്തിന്റെ നിരക്കുകൾ അഖിലേ ന്ത്യാശരാശരിനിരക്കുകളുടെ അടുത്തെത്തുന്നു. ഈ കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്, കേരളത്തിൽ സമൂഹത്തിലെ ദരിദ്രവർഗ്ഗങ്ങൾ ക്കിടയിൽ വൈകല്യം പരിമിതപ്പെടുത്താനും കുറയ്ക്കാനും ഇനിയും ധാരാളം അവസരമുണ്ട് എന്നാണ്.

കാഴ്ചപ്പാട് ഘടകവും സാമൂഹ്യവർഗ്ഗവും

മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കേരളത്തിലെ കൂടുതലു യർന്ന രോഗാതുരതാനിരക്കുകൾക്ക് 'കാഴ്ചപ്പാട് ഘടകം' ഒരു പക്ഷെ വിശദീകരണമാകാമെന്നും അതാകട്ടെ സാക്ഷരതയെയും ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുമുള്ള ജാഗരൂകതയേയും ആരോഗ്യ സേവന ങ്ങളുടെ വലുപ്പത്തേയും ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നുവെന്ന് ഇതിനു മുമ്പില ത്തെ ചർച്ചയിൽ പരാമർശിക്കുകയുണ്ടായി. അങ്ങനെയാണെങ്കിൽ, ഈ ഘടകം വത്യസ്ത സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക വർഗ്ഗങ്ങളിൽ വ്യത്യ സ്ഥമായി പ്രവർത്തിക്കുകയില്ലേ? മൂർച്ഛിതരോഗങ്ങളുടേയും നീണ്ടു നിൽക്കുന്ന രോഗങ്ങളുടെയും തോത് ദരിദ്രവർഗ്ഗങ്ങളിലേതിനെ ക്കാളും അധികം ഉപരിവർഗ്ഗങ്ങളിലാണെന്ന് ദുഗ്ഗാളും അമീനും മഹാരാഷ്ട്രയിലെ ഒരു പഠനത്തിൽ കാണിക്കുന്നു. മൂർച്ഛിതരോഗ ങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലാണ് ഇതു ഏറ്റവും പ്രകടമായിട്ടുള്ളത്. അവർ ഇതിനു വിശദീകരണം നൽകുന്നത് രോഗത്തിന്റെ നിർവ്വ ചനം വീട്ടിലെ ക്രയശക്തിയെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നുവെന്നും ക്രയശക്തി ലഭിക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യതയാണ് രോഗത്തെക്കുറിച്ചുള്ള കാഴ്ചപ്പാടിനെ നിർവ്വചിക്കുന്നതെന്നും പറഞ്ഞുകൊണ്ടാണ്.

ചുരുങ്ങിയത് കേരളത്തിലെങ്കിലും ഇതു ശരിയല്ലെന്നു ഞങ്ങളു ടെ പഠനം കാണിക്കുന്നു. നാലു സാമൂഹ്യവർഗ്ഗങ്ങൾ തമ്മിൽ രോഗ ത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അവരുടെ കാഴ്ചപ്പാടിൽ വ്യത്യാസമില്ല. ക്രയശക്തി മാത്രം എന്നതിനെക്കാൾ ഒരു പക്ഷെ അധികം പ്രധാനമായിട്ടുള്ളത്, സാക്ഷരതയേയും ആരോഗ്യസൗകര്യങ്ങളുടെ ലഭ്യതയേയും അവ ഉപയോഗപ്പെടുത്താൻ കഴിയുമെന്നുള്ള വിശ്വാസത്തെയും ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്ന, ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിമർശനാത്മക മായ ഒരു ജാഗരൂകതയാണ്. കേരളത്തിൽ ഏറ്റവും ദരിദ്രമായ

വർഗ്ഗംപോലും ജാഗരൂകതയുടെ ഈ ഉമ്മറപ്പടി കടന്നിട്ടുണ്ടെന്നു തോന്നുന്നു.

രോഗാതുരതയിലും മരണനിരക്കിലും എന്തിന് വർഗ്ഗവ്യത്യാസങ്ങൾ?

ഇംഗ്ലണ്ടിലെ പഠനങ്ങൾ കാണിക്കുന്നത് ഈ നൂറ്റാണ്ടിൽ അധിക ഭാഗവും പ്രായപൂർത്തിവന്നവരുടെ മരണനിരക്കും ശിശുമര ണനിരക്കും താഴ്ന്ന വർഗ്ഗങ്ങളിലാണ് അധികം ഉണ്ടായിരുന്നത് എന്നാണ്. വികസിത വ്യാവസായിക രാജ്യങ്ങളിൽ തൊഴിലിനെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക വർഗ്ഗങ്ങളെ സൂക്ഷ്മ മായി ചിത്രീകരിക്കുക കൂടുതൽ എളുപ്പമാണ്. അങ്ങനെ തൊഴി ലിനെഅടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള അഞ്ചു സാമൂഹ്യവർഗ്ഗങ്ങളിൽ (യഥാക്രമം, പ്രൊഫെഷണൽ, മാനേജീരിയൽ, കായികവും കായികമല്ലാത്തതുമായ വിദഗ്ധതൊഴിൽ, ഭാഗിക വിദഗ്ധതൊഴിൽ, അവിദഗ്ധതൊഴിൽ) സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗത്തിന്റെ താഴ്ചയോടൊപ്പം മരണനിരക്കുകളിൽ കടുത്ത വർദ്ധനവുണ്ട്. ഈ വ്യത്യാസം ഇതേ തോതിൽ അനേകം ദശകങ്ങളായി നിലവിലുമുണ്ട്.

തൊഴിൽ ഗ്രൂപ്പുകൾക്കിടയിൽ രോഗാതുരത വീതിച്ചു കിടക്കുന്ന തെങ്ങനെയാണെന്നതിനെക്കുറിച്ച് വിശ്വസനീയമായ വിവരക്കണ ക്കുകൾ ദുർല്ലഭമാണ്. ലഭ്യമായിട്ടുള്ളതിൽ ഏറ്റവും നല്ല വിവരക്കണ ക്കുകൾ ഇംഗ്ലണ്ടിലെ പൊതു വീട്ടുസർവെയിൽനിന്നു സിദ്ധിച്ചി ട്ടുള്ളതാണ്. മൂർച്ഛിതരോഗം, ദീർഘസ്ഥായീ രോഗം, വൈകല്യമു ണ്ടാകുന്ന രോഗം എന്നീ മൂന്നു വിഭാഗങ്ങളിലും സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗം താഴുന്നതോടെ നിരക്കുകൾ ഉയരുന്നു. പൊതുവേ, രോഗത്തിലെ വ്യതിയാനങ്ങൾ മരണത്തിലെ വ്യതിയാനങ്ങൾക്ക് സമാന്തരമാണ്. വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിൽനിന്നു അത്തരം പഠനങ്ങൾ ലഭ്യമല്ല. ആ നിലക്ക് ഞങ്ങളുടേത് ഈ ബന്ധം ചിത്രീകരിക്കാനുള്ള ആദ്യശ്രമ ങ്ങളിലൊന്നാണ്.

ചില ആദ്യകാലാനുകൂലികൾ ഉണ്ടായിരുന്ന ഒരു സാങ്കല്പിക സിദ്ധാന്തം അഭിപ്രായപ്പെട്ടിരുന്നത്, സാമൂഹ്യസ്ഥിതിയും

ആരോഗ്യവും രണ്ടും വംശപാരമ്പര്യമനുസരിച്ച് നിർണ്ണയിക്കപ്പെടുന്നതാണെന്നും, അസമത്വങ്ങൾ, ജീവശാസ്ത്രത്തിലെ ഏറ്റവും അർഹതയുള്ളതു അതിജീവിക്കുക എന്ന തത്വമനുസരിച്ചുള്ള പ്രകൃതി നിർധാരണത്തിന്റെ ഫലമാണെന്നുമാണ്. ഇത് ഒരിക്കലും തെളിയിക്കപ്പെട്ടില്ല. കഴിഞ്ഞ വർഷങ്ങളിൽ അതിനു വിപരീതമായ ധാരാളം തെളിവു ശേഖരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുമുണ്ട്.

നേരെമറിച്ച് ഈ വ്യാത്യാസത്തിനുള്ള ഘടനാപരമായ വിശദീകരണം അഭിപ്രായപ്പെടുന്നത്, സാമൂഹ്യഘടനയുടെ സഹജ സ്വഭാവം സ്ഥായിയായ സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവുമായ അസമത്വമാണെന്നും അത് വ്യക്തികളെ അനാരോഗ്യത്തിന്റെയും പരുക്കിന്റെയും മറ്റും വത്യസ്ത സംഭാവ്യതകൾക്ക് വിധേയമാക്കുന്നുവെന്നുമാണ്. സാമൂഹ്യ–ആരോഗ്യ അസമത്വം തുടങ്ങുന്നത്, താണ സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗങ്ങളിലെ ശിശുക്കൾ മോശപ്പെട്ട ശരീരഘടനയും മോശപ്പെട്ട ആരോഗ്യവും ഉള്ള അമ്മമാർക്ക് ജനിക്കുമ്പോളാണെന്നും, ഇത് ജനനസമയത്തെ കുറഞ്ഞ തൂക്കത്തിൽ നിന്നും ജനന സംബന്ധിയായ മരണങ്ങളുടെ കൂടുതലുയർന്ന നിരക്കുകളിൽ നിന്നും തെളിയുന്നുണ്ടെന്നും ഘടനാപരമായ വിശദീകരണം അഭിപ്രായപ്പെടുന്നു. ഗർഭപാത്രത്തിനുള്ളിലെ പരിതസ്ഥിതിയുടെ ഫലങ്ങൾക്ക് വീട്ടിലേയും, സാമൂഹ്യ ഗ്രൂപ്പിലെയും, ആ പ്രദേശത്തിലേയും, സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവും സാംസ്കാരികവുമായ പരിതസ്ഥിതി ആക്കം കൂട്ടുകയും അതിനാൽ അവർക്ക് കൂടുതൽ മോശപ്പെട്ട ഭക്ഷണവും ആരോഗ്യ രക്ഷയും കുറഞ്ഞ ഉത്തേജനവും താണതരം വിദ്യാഭ്യാസവും ലഭിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അവർക്ക് തൊഴിൽ വിജയത്തിനുള്ള അവസരം കുറവായിരിക്കുകയും ഇനം തിരിച്ചുള്ള ഇണ ചേർക്കൽ പ്രക്രിയയിലൂടെ സദൃശചരിത്രമുള്ള വല്ലവരേയും വിവാഹം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്നു. ജോലിയിൽ അവർ കൂടുതൽ കായിക സമ്മർദ്ദത്തിനും കുറഞ്ഞ വരുമാനത്തിനും വിധേയരാക്കപ്പെടുന്നു. പലപ്പോഴും തൊഴിൽ രഹിതരായിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അതിനാൽ ആരോഗ്യം നിരന്തരമായി സാമൂഹ്യമായ ആനുകൂല്യത്തോടും അനാരോഗ്യം പ്രതികൂലാവസ്ഥയോടും ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു എന്നാണ് വാദം. സാമൂഹ്യ അസമത്വങ്ങളും ആരോഗ്യാസമത്വങ്ങളും രണ്ടും വ്യക്തികളുടെ സാമൂഹ്യമായി സൃഷ്ടിക്കപ്പെട്ട ആവിഷ്കരണങ്ങളാണ്. ആപേക്ഷികമായ

ആരോഗ്യാസമത്വങ്ങൾ അവശേഷിക്കുന്നത് ആപേക്ഷിക സാമ്പത്തികാസമത്വങ്ങൾ അവശേഷിക്കുന്നതുകൊണ്ടാണ്. അതിനാൽ സമത്വവും നീതിയുമുള്ള ഒരു സമൂഹം ആവിർഭവിക്കുന്നതോടെ മാത്രമേ ആരോഗ്യാസമത്വങ്ങൾ അപ്രത്യക്ഷമാകൂ എന്നു വരുന്നു.

ഈ സിദ്ധാന്തത്തിനെതിരെ കൊണ്ടുവന്നിട്ടുള്ള വാദങ്ങൾ പ്രധാനമായും വ്യവസായിക രാജ്യങ്ങളിലെ വർദ്ധിച്ച സാമൂഹ്യചലനക്ഷമത (Social Mobility) ചൂണ്ടിക്കാണിക്കാൻ ശ്രമിക്കുകയാണ് ചെയ്തിട്ടുള്ളത്. താരതമ്യേന സാമൂഹ്യചലനക്ഷമത വളരെ കുറവായിട്ടുള്ള ഇന്ത്യയെ പോലത്തെ രാജ്യങ്ങളിൽ ആരോഗ്യത്തെപ്പറ്റിയുള്ള ഘടനാപരമായ വിശദീകരണം ഇപ്പോഴും വളരെയധികം സാധുവാണ്.

2-8 രോഗാതുരതയിലെ സ്ത്രീ-പുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾ

പട്ടിക 2-8 മൂർച്ഛിതരോഗാതുരതയുടെ തോതിലുള്ള സ്ത്രീ പുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾ കാണിക്കുന്നു. ഇത് സ്ത്രീകളിൽ പേരിന് കൂടുതൽ ഉയർന്നതാണ്. പ്രത്യക്ഷത്തിൽ അതു സാമൂഹ്യ വർഗ്ഗത്താൽ സ്വാധീനിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതുമല്ല . ക്ലാസ് IV-ൽ പുരുഷന്മാരെ അപേക്ഷിച്ച് സ്ത്രീകളിൽ ഇതു സ്വല്പം കുറവാണ്.

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗത്തിന്റെ തോത് സ്ത്രീകളിൽ ഗണ്യമായ വിധം കൂടുതൽ ഉയർന്നതാണ്. (പട്ടിക 2-8 1) ഇവിടെയും വർഗ്ഗ വ്യത്യാസങ്ങൾ ഇതിനെ ഗണ്യമായി ബാധിക്കുന്നതായി തോന്നുന്നില്ല. ക്ഷയം, ഹൃദ്രോഗം, പെപ്ടിക് അൾസർ, പ്രമേഹം എന്നിവ സ്ത്രീകളിൽ താരതമ്യേന കുറവാണ്. സ്ത്രീകളിൽ ഏറ്റവും പ്രകടമായി മുന്തിനിൽക്കുന്നത് തൊണ്ടവീക്കമാണ്(ഗോയിറ്റർ). തുടർന്നു അസ്ഥി-സന്ധിരോഗവും. പ്രതീക്ഷക്ക് വിപരീതമായി ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ സ്ത്രീകളിലാണ് കൂടുതൽ സാധാരണമായി കാണുന്നത്. ഇതിനുള്ള കാരണം വ്യക്തമല്ല . രോഗം കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിലെ വർദ്ധനവും, ഗർഭവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ വീണ്ടും ഓർമ്മിക്കപ്പെടുന്നതും ഇതിനുള്ള ഒരു പ്രധാന കാരണമാവാം.

പട്ടിക 2-8

മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള രോഗാതുരതാ നിരക്കുകൾ – സ്ത്രീ പുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾ (ആയിരം പേരിലുള്ള നിരക്കുകൾ)

രോഗം	സ്ത്രീ	പുരുഷൻ
വയറിളക്കം	27.4	22.5
പനി	117.9	119.5
മലേറിയ	0.34	0.35
മന്ത്	0.23	0.18
ചിക്കൻ പോക്സ്	0.51	0.35
അഞ്ചാംപനി	0.48	0.71
മുണ്ടിനീര്	0.61	0.32
ഡിഫ്ത്തീരിയ	0.27	0.14
ടെറ്റനസ്	0.1	0.28
മഞ്ഞപ്പിത്തം	2.7	2.9
ടൈഫോയ്ഡ്	0.2	0.35
ആസ്ത്മ	5.5	4.7
ന്യൂമോണിയ	0.57	0.46
ഹൃദയസ്തംഭനം	0.95	1.3
പക്ഷവാതം	2.0	1.9
പ്രമേഹം	1.6	1.3
രക്തസമ്മർദ്ദം	2.3	1.7
ഗോയിറ്റർ	0.48	0.21
അലർജി	3.0	2.6
മറ്റുള്ളവ	58.0	50.6
ആകെ	209.2	203.4

പട്ടിക 2-8 1

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ

സ്ത്രീ പുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾ

(ആയിരം പേരിലുള്ള നിരക്കുകൾ)

രോഗം	സ്ത്രീ	പുരുഷൻ
കുഷ്ഠം	0.37	0.50
ക്ഷയം	4.05	8.6
മന്ത്	0.78	0.74
രക്തസമ്മർദം	14.6	8.9
ഹൃദ്രോഗം	4.4	5.6
കാൻസർ	1.0	0.81
പെപ്റ്റിക്ക് അൾസർ	4.4	9.9
ഗർഭപാത്ര രോഗങ്ങൾ	9.1	
മൂത്രസംബന്ധരോഗങ്ങൾ	4.8	4.7
സന്ധിരോഗങ്ങൾ	22.5	13.9
ഗോയിറ്റർ	3.2	0.99
പ്രമേഹം	2.9	3.9
മറ്റുള്ളവ	66.4	61.9
ആകെ	155.8	137.5

വൈകല്യങ്ങളുടെ പ്രചാരം (ഓരോ 100000നുമുള്ള നിരക്കുകൾ) 2-8 2-ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു. ഒട്ടാകെയുള്ള പ്രചാരം സ്ത്രീകളിൽ പ്രകടമായി കുറവാണ്. ഏറ്റവും വലിയ വ്യത്യാസം ചലന സംബന്ധിയായ വൈകല്യത്തിനാണ് (109%), തുടർന്ന് ബുദ്ധി മാന്ദ്യത്തിനും (43%) ബധിര-മൂകതയ്ക്കും (19%). മാനസികവൈകല്യത്തിനും അന്ധതയ്ക്കും ഉള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾ ഗണ്യമായതല്ല. ജനിതകമായ വൈകല്യങ്ങളും അപകടങ്ങളും അധികവും പുരുഷന്മാർക്കിടയിലാണ്. ഇത് ഇത്തരം വൈകല്യങ്ങളിൽ കാണുന്ന സ്ത്രീ പുരുഷ വ്യത്യാസത്തിന്റെ വിശേഷിച്ചും ചലനസംബന്ധിയായ

വൈകല്യത്തിനുള്ള ഒരു പ്രധാന കാരണമാകുന്നു. സാമൂഹ്യമായ ചീത്തപ്പേരിനെ ഭയന്നു സ്ത്രീകളുടെ അവശത മറച്ചുവെയ്ക്കപ്പെടുന്നതും സ്ത്രീപുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾക്കുള്ള ഒരു ഘടകമായേക്കാം.

പട്ടിക 2-8 2

വൈകല്യത്തിന്റെ നിരക്കുകൾ – സ്ത്രീ പുരുഷ വ്യത്യാസങ്ങൾ

(ലക്ഷം പേരിലുള്ള നിരക്കുകൾ)

വൈകല്യം	സ്ത്രീ	പുരുഷൻ
ചലന വൈകല്യം	452.6	944.1
ബധിരത/മൂകത	299.5	357.1
അന്ധത	200.8	215.7
മാനസിക വൈകല്യം	333.5	339.5
അപസ്മാരം	190.6	215.7
ബുദ്ധിമാന്ദ്യം	173.6	247.5
മിശ്രിതങ്ങൾ	88.5	95.5
ആകെ	1739.1	2415.1

2-9 രോഗാതുരതയും പരിസ്ഥിതിയും

പട്ടിക 2-9, പരിസ്ഥിതിയനുസരിച്ചുള്ള പദവിയുടെ നാലു ഗ്രൂപ്പുകളിലെ മൂർച്ഛിതരോഗങ്ങളുടെയും ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങളുടെയും തോത് ചിത്രീകരിക്കുന്നു. രണ്ടു വിഭാഗങ്ങളിലും പരിസ്ഥിതി പദവി മെച്ചപ്പെടുന്നതോടെ രോഗത്തിന്റെ തോത് കുറയുന്നതായി കാണാവുന്നതാണ്.

മൂർച്ഛിത രോഗങ്ങൾക്കും നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന രോഗങ്ങൾക്കുമുള്ള പരിസ്ഥിതി ഗ്രൂപ്പുകൾ I ഉം IV ഉം തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം യഥാക്രമം 73% വും 28% വും ആണ്. ഇത് സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകളുടെ കാര്യത്തിൽ നാം കണ്ടുകഴിഞ്ഞ വ്യത്യാസങ്ങളോട് താരതമ്യപ്പെടുത്താവുന്നതോ അതിനേക്കാൾ സ്വല്പം കൂടിയതോ ആണ്. ഈ തരംതിരിക്കലിലുള്ള ഒരു പ്രശ്നം രണ്ട് അറ്റത്തുള്ള

ഗ്രൂപ്പുകളിൽ വളരെ കുറച്ച്, അതായത് 7% മാത്രം വീടുകളേ ഉള്ളൂ എന്നുള്ളതാണ്. 93% വീടുകൾ II, III ഗ്രൂപ്പുകളിൽ കൂട്ടമായി നിൽക്കുകയാണ്. തൽഫലമായി ഒറ്റതിരിച്ചുള്ള രോഗങ്ങളുടെ തൃപ്തി കരമായ താരതമ്യപഠനങ്ങൾ സാദ്ധ്യമാകുന്നില്ല. കൂടുതൽ സാർത്ഥ കമായിരിക്കുക, ഒറ്റക്കൊറ്റയ്ക്ക് പരിസ്ഥിതിയുടെ സ്വാഭാവി കഘടകങ്ങളെ, ഉദാഹരണമായി കുടിവെള്ളത്തിനുള്ള ഉറവിടം, ശുചീകരണം എന്നിവയെ, അങ്ങനെയുള്ള പരിസ്ഥിതി ഘടകങ്ങളു മായി ബന്ധപ്പെട്ടതാണെന്നു നല്ലപോലെ അറിയപ്പെടുന്ന വയറിള ക്കം പോലുള്ള പ്രത്യേക രോഗങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചുനോക്കി പഠനം നടത്തുകയായിരിക്കും.

പട്ടിക 2-9

രോഗാതുരതയും പരിസര സ്ഥിതിയും

(ആയിരം പേരിലുള്ള നിരക്കുകൾ)

ഗ്രൂപ്പ്	രോഗാതുരത	ദീർഘസ്ഥായീ രോഗാതുരത
I	255.9	160.8
II	218.9	141.0
III	178.9	129.8
IV	148.1	125.8

വയറിളക്കംമൂലമുള്ള രോഗാതുരതയും കുടിവെള്ളത്തിന്റെ ഉറവിടവും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം പട്ടിക 2-9 1-ൽ കാണിച്ചിട്ടുണ്ട് - വീട്ടിൽ സ്വന്തം കിണറുകളും പൈപ്പിലൂടെ വരുന്ന വെള്ളവും ഉപയോഗിക്കുന്നവർക്കിടയിൽ ജനസംഖ്യക്കനുസരിച്ചുള്ള വയറിളക്ക കേസ്സുകളുടെ എണ്ണം കുറവാണെന്നു കാണുന്നു. പൊതു കിണറുകളും പൊതു ടാപ്പുകളും ഉപയോഗിക്കുന്ന വർക്കിടയിൽ അതുകൂടുതലാണെന്നും കാണുന്നു. നടപ്പുദീനമായി പടർന്നുപിടിച്ച വയറിളക്കം (Epidemic diarrhoea) മൂലമുള്ള കേരളത്തിലെ മരണങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ

പരിഷത്തിന്റെ ഒരു പഠനത്തിൽ റിപ്പോർട്ടുചെയ്തിട്ടുള്ള അതേ രൂപമാതൃകയാണ് ഇത്(അരവിന്ദൻ 1990). എന്നാൽ ഇപ്പോഴത്തെ സർവെയിൽ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന ഭൂരിഭാഗം കേസുകളും ഒറ്റതിരിഞ്ഞുള്ള വയറിളക്ക കേസുകളാകയാൽ കുടിവെള്ളത്തിന്റെ ഉറവിടങ്ങളുമായുള്ള ബന്ധങ്ങൾ മുൻപറഞ്ഞ പഠനത്തിൽ കണ്ടതുപോലെ അത്ര ശക്തമായതല്ല.

പടിക 2–9 1

കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സുകൾ – ആകെ

സാമ്പിളിലും വയറിളക്കരോഗികളിലും

(ശതമാനങ്ങൾ)

സ്രോതസ്സ്	ആകെ സാമ്പിളിൽ	വയറിളക്കരോഗികളിൽ
	%	%
സ്വന്തം കിണർ	53.8	50.0
പൊതുകിണർ	27.2	30.3
വീട്ടിലെ പൈപ്പ്	3.6	1.9
പൊതു പൈപ്പ്	8.5	9.4
മറ്റുള്ളവ	5.5	6.4
പറയാത്തത്	1.4	1.9

പട്ടിക 2–9 2 മലവിസർജനരീതി അനുസരിച്ച് വയറിളക്ക കേസുകൾ എങ്ങനെ വീതിച്ചു കിടക്കുന്നുവെന്ന് കാണിക്കുന്നു. ഇവിടെയും രൂപമാതൃക മുമ്പു ഉദ്ധരിച്ച പഠനത്തിലേതിനു സദൃശമാണ് – ബന്ധം പക്ഷെ പ്രതീക്ഷിക്കുന്നതുപോലെ ബലം കുറഞ്ഞതാണ്.

പട്ടിക 2-9 2

മലവിസർജനരീതി – ആകെ സാമ്പിളിലും വയറിളക്ക രോഗികളിലും (ശതമാനങ്ങൾ)

മലവിസർജനരീതി	ആകെ സാമ്പിളിൽ %	വയറിളക്ക രോഗികളിൽ %
തുറന്ന സ്ഥലത്ത്	48.3	56.4
സുരക്ഷിതമല്ലാത്ത കക്കൂസ്	14.2	14.4
സുരക്ഷിത കക്കൂസ്	34.1	26.3
മറ്റുള്ളവ	3.1	2.7
പറയാത്തവ	0.3	0.2

7

മാതൃ-ശിശു സംരക്ഷണം

കേരള സംസ്ഥാനം നേടിയെടുത്തിട്ടുള്ള മെച്ചപ്പെട്ട മാതൃശിശു ആരോഗ്യ നിലവാരം സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക രംഗങ്ങളിൽ സംഭവിച്ചിട്ടുള്ള മാറ്റങ്ങളിൽനിന്നു വേറിട്ടു കാണുവാൻ സാദ്ധ്യമല്ല. ഇതു മനസ്സിലാക്കുവാൻ മാതൃശിശുസംരക്ഷണത്തോടു ബന്ധപ്പെട്ട സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഘടകങ്ങളുടെ രൂപരേഖ നൽകുന്നത്, ഒരു പക്ഷെ, ആവശ്യമായിരിക്കും. സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഘടകങ്ങളും ആരോഗ്യഫലങ്ങളും ബന്ധപ്പെടുത്തുന്ന ചില പ്രധാനപ്പെട്ട പഠനങ്ങൾ നടന്നിട്ടുണ്ട്.

1. കാഡ്വെല്ലിന്റെ കുതിച്ചുകയറ്റ സിദ്ധാന്തം(കാഡ്വെൽ 1986): സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ചിട്ടുള്ള സമൂഹത്തിൽ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ പരിപാടികൾ കാര്യമായ ഫലങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നു. എന്നാൽ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ സൗകര്യങ്ങളുള്ള സ്ഥലങ്ങളിൽ ഇവ പ്രതികൂലമായിരിക്കെ, ആശുപത്രികൾ തുടങ്ങിയ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളിൽ കൂടുതൽ ധനം വിനിയോഗിക്കുന്നതിനെക്കാൾ ഗുണം ചെയ്യുക സ്ത്രീസാക്ഷരത മുതലായവയിൽ ചെലവഴിക്കുന്ന തായിരിക്കും. കാഡ്വെല്ലിന്റെ അഭിപ്രായത്തിൽ, കേരളം ഈ നേട്ടം കൈവരിച്ചിരിക്കുന്നു.

2. ജോസഫ് താഴെപ്പറയുന്ന ചട്ടക്കൂട് അവതരിപ്പിക്കുന്നു (ജോസഫ് 1985):

a) രാഷ്ട്രീയ സാമ്പത്തിക സംഘടന, സാംസ്കാരിക പ്രമാണങ്ങൾ, വ്യതിയാനങ്ങൾ, ഭൂമിശാസ്ത്രം, കാലാവസ്ഥ, എന്നിവ അടങ്ങുന്ന പശ്ചാത്തലം.

b) ഇടപെടലുകൾക്ക് വിധേയമായതും, എന്നാൽ ആരോഗ്യ നിലവാരത്തിനെ നേരിട്ട് സ്വാധീനിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന വിദ്യാഭ്യാസം, വരുമാന വിതരണം, ഭക്ഷണ വിതരണം തുടങ്ങിയ ഘടകങ്ങൾ.

c) വൈദ്യ സഹായം, പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാടികൾ, സ്വാശ്ര യത്വം, സ്വയപരിരക്ഷ തുടങ്ങിയ സേവന നിർണ്ണായകങ്ങൾ. വൈദ്യസഹായം സമൂഹത്തിന്റെ ആരോഗ്യമേന്മ കാര്യമായ സ്വാധീനം ചെലുത്തുമെങ്കിലും അവയുടെ ലഭ്യതയും ഉപയോഗ വുമനുസരിച്ചായിരിക്കും ഫലങ്ങൾ.

ശിശുമരണത്തിന്റെ നിർണ്ണായകങ്ങളായി കരുതപ്പെടുന്ന ജൈവ–വൈദ്യ സിദ്ധാന്തങ്ങളേയും സാമൂഹ്യ ശാസ്ത്രത്തേയും സംയോജിപ്പിക്കുന്ന ഒരു കാര്യമായ പഠനം ഈയിടെ മോസെലിയും ഷെനും നടത്തുകയുണ്ടായി (മോസെലി & ഷെൻ 1984). അവർ കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യനിലവാരത്തിന്റെ നിർണ്ണായകങ്ങളെ അഞ്ചായി തരം തിരിച്ചിരിക്കുന്നു.

1) മാതൃഘടകങ്ങൾ:– വയസ്സ്, പ്രസവങ്ങളുടെ എണ്ണം, പ്രസവ ങ്ങൾക്കിടയിലെ ഇടവേള.

2) പരിസ്ഥിതി ഘടകങ്ങൾ:– വായു, ഭക്ഷണം, വെള്ളം, ചർമ്മം, മണ്ണ്, ഈച്ച, കൊതുക് മുതലായവ.

3) പോഷകാഹാരം:– ആഹാരത്തിന്റെ ഊർജ്ജ മൂല്യം, ഊർജ്ജ ത്തിന്റെ അളവ്, മാംസ്യം, സൂക്ഷ്മപോഷകങ്ങൾ.

4) പരുക്ക്:– അപകടകരവും, ആസൂത്രികവും.

5) സ്വയപരിരക്ഷ:– ചികിത്സയും പ്രതിരോധവും.

ഈ ഘടകങ്ങൾ മൂന്ന് തട്ടിലാണ് അവയുടെ സ്വാധീനം ചെലു ത്തുന്നത്– സമൂഹം, കുടുംബം, വ്യക്തി എന്നിങ്ങനെ.

കേരളത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലം പ്രത്യേകം എടുത്ത് നോക്കുകയാ ണെങ്കിൽ താഴെ പറയുന്ന പ്രേരകങ്ങൾ ശിശുക്കളുടെ ആരോഗ്യനില വാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് പ്രധാനപ്പെട്ട പങ്ക് വഹിച്ചിട്ടുള്ളതായി കാണാം.

a) ഉയർന്ന വിവാഹപ്രായം. സ്ത്രീയുടെ ആദ്യ പ്രസവസമയത്തെ പ്രായം ഇന്ത്യയിൽവെച്ച് കേരളത്തിലാണ് ഏറ്റവും ഉയർന്നത് ചെറുപ്രായത്തിലുള്ള പ്രസവങ്ങൾ തടയുന്നതുമൂലം അമ്മയ്ക്കും കുട്ടിക്കുമുള്ള അപകടസാദ്ധ്യത കുറയുന്നു.

b) ചെറിയ കുടുംബം എന്ന പ്രമാണത്തിന്റെ അംഗീകാരം, കുറഞ്ഞ ജനനനിരക്ക്, പ്രസവങ്ങൾ തമ്മിലുള്ള വർദ്ധിച്ച അകൽച്ച, മാതൃശിശു സംരക്ഷണത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ്.

c) മെച്ചപ്പെട്ട സ് ത്രീസാക്ഷരത, വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരം, ശാസ്ത്രീയ ശിശുപരിപാലന രീതികളെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ്.

d) കൂടുതൽ വിവരവും ധനശേഷിയുമുള്ളതുകൊണ്ട് സ്ത്രീകൾക്ക് കുടംബത്തിൽ തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാനുള്ള വർദ്ധിച്ച അധികാരം.

e) സർക്കാർ മേഖലയിലെയും സ്വകാര്യമേഖലയിലെയും ആരോഗ്യ പരിപാലന സേവനങ്ങൾ, മെച്ചപ്പെട്ട യാത്രാസൗകര്യങ്ങൾ മൂലം ഈ സേവനങ്ങളുടെ ഫലപ്രദമായ ഉപയോഗം.

മേല്പറഞ്ഞ ഘടകങ്ങൾ ജൈവവൈദ്യ ഘടകങ്ങളെക്കാളേറെ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഘടകങ്ങളാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കാം. അതിനാൽ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സ്ഥിതികൾ ആരോഗ്യഫലങ്ങ ളുടെമേൽ കാര്യമായ സ്വാധീനം ചെലുത്തുന്നുണ്ടോ എന്ന് പരിശോധിക്കുന്നത് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കൂടാതെ, ശിശുക്കളുടെ ആരോഗ്യ നിലവാരത്തിന് സുപ്രധാനമായിട്ടുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും തന്നെ അമ്മയുടെ ആരോഗ്യത്തിനും സുപ്രധാന മാണെന്നുള്ളത് ശ്രദ്ധേയമാണ്.

ആശുപത്രികളിൽ വെച്ചുള്ള പ്രസവം കേരളത്തിലെ ശിശുമരണ നിരക്ക് കുറയുന്നതിൽ കാര്യമായ പങ്ക് വഹിച്ചിട്ടുണ്ട്. മുൻപ് നടത്തി യിട്ടുള്ള പഠനങ്ങൾ അനുസരിച്ച് കേരളത്തിലെ ഏതാണ്ട് 90% സ്ത്രീകളും ആശുപത്രികളിലാണ് പ്രസവിക്കുന്നത് (തങ്കപ്പൻ & രാമൻകുട്ടി 1990). ഇത് ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലും ബാധകമാണ്. ഗർഭകാല ശുശ്രൂഷ (Antenatal care) ലഭിക്കുന്നവരുടെ ശതമാനവും ഇതുപോലെ വളരെ ഉയർന്നതാണ്. നമ്മുടെ സാമ്പിളിൽ

എടുത്തിരിക്കുന്ന കുടുംബങ്ങളിൽ കഴിഞ്ഞ വർഷം 76% പ്രസവ ങ്ങൾ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലോ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലോ ആയാണ് നടന്നിരിക്കുന്നത്. എന്നാൽ, ശ്രദ്ധേയമായൊരു വസ്തുത വീടുകളിൽ വെച്ചുള്ള പ്രസവം കൂടുതലും താഴ്ന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗ ത്തിൽപ്പെട്ടവരുടെ ഇടയിലാണെന്നാണ്. സാമൂഹ്യസ്ഥിതി ഉയരുന്ന തോടൊപ്പം ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവം കൂടുന്നു, പ്രത്യേകിച്ചും സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവം. സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങൾ കൂടുതലും ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിലാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങളും സാമൂഹ്യസ്ഥിതിയും തമ്മിൽ ബന്ധ പ്പെടുത്താൻ കഴിയാത്ത സ്ഥിതിക്ക്, സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ സിസേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയകൾ കൂടുതലാണെന്നുള്ള നിഗമനത്തി ലാണ് നാം എത്തിച്ചേരുന്നത്. (സാമ്പിളിൽ സ്വകാര്യ ആശുപത്രി കളിൽ വെച്ച് നടന്ന 547 പ്രസവങ്ങളിൽ 90 എണ്ണവും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽവെച്ച് നടന്ന 485 പ്രസവങ്ങളിൽ 61 എണ്ണവും സിസേറിയൻ പ്രസവങ്ങളാണ്).

പട്ടിക 1.

സാമൂഹ്യ സ്ഥിതി	പ്രസവസ്ഥലം					
	വീട്ടിൽ	സ്വ.ആശു പത്രിയിൽ	ഗവ:ആശു പത്രിയിൽ	മറ്റുള്ളവ	പറയാ ത്തത്	ആകെ
I	**78**	**32**	**96**	**0**	**6**	**212**
	(36.8)	*(15.1)*	*(45.3)*	*(0)*	*(2.8)*	*(100)*
II	**164**	**231**	**289**	**3**	**24**	**711**
	(23.1)	*(32.5)*	*(40.6)*	*(0.4)*	*(3.4)*	*(100)*
III	**36**	**208**	**94**	**1**	**10**	**349**
	(10.3)	*(59.6)*	*(26.9)*	*(0.3)*	*(2.9)*	*(100)*
IV	**1**	**75**	**6**	**1**	**0**	**83**
	(1.2)	*(90.4)*	*(7.2)*	*(1.2)*	*(0)*	*(100)*
ആകെ	**279**	**546**	**485**	**5**	**40**	**1355**
	(20.6)	*(40.3)*	*(35.8)*	*(0.4)*	*(3.0)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

പട്ടിക 2.

പ്രസവരീതി

SES ഗ്രൂപ്പ്	സാധാരണ	സിസേറിയൻ	മറ്റുള്ളവ	പറയാത്തത്	ആകെ
I	**180**	**19**	**6**	**7**	**212**
	(84.9)	*(9.0)*	*(2.8)*	*(3.3)*	*(100)*
II	**603**	**83**	**5**	**20**	**711**
	(84.8)	*(11.7)*	*(0.7)*	*(2.8)*	*(100)*
III	**292**	**38**	**6**	**13**	**349**
	(83.7)	*(10.9)*	*(1.7)*	*(1.8)*	*(100)*
IV	**66**	**16**	**1**	**0**	**83**
	(79.5)	*(19.3)*	*(1.2)*	*(0)*	*(100)*
ആകെ	**1141**	**156**	**18**	**40**	**1355**
	(84.2)	*(11.5)*	*(1.3)*	*(3.0)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവങ്ങളുടെ ഉയർന്ന നിരക്ക് ശിശുമരണ നിരക്ക് കുറയുന്നതിനുള്ള ഒരു പ്രധാന കാരണമായിരിക്കാം. കാരണം, മിക്ക അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലും ജനനത്തിനുതൊട്ട് മുൻപും പിൻപും നടക്കുന്ന മരണങ്ങൾ മൊത്തം ശിശുമരണ നിരക്കിന്റെ നല്ലൊരു ശതമാനമാകുന്നു. ഇത്തരം മരണങ്ങൾ ആശുപത്രികളിൽ വെച്ചുള്ള പ്രസവങ്ങളിൽ ഒഴിവാക്കാവുന്നതാണ്. കേരളത്തിലെ ഒരു സവിശേഷത ഗ്രാമീണ ജനതക്കുപോലും ആശുപത്രികളുടെ സൗകര്യം ലഭിക്കുന്നു എന്നുള്ളതാണ്. ഈ വസ്തുത ഈ പഠനവും സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ആശുപത്രികൾ വീടുകളിൽനിന്നും വളരെ ദൂരമായതുകൊണ്ടുണ്ടാകാവുന്ന ആരോഗ്യ പരിപാലന രംഗത്തെ അസമത്വങ്ങൾ അങ്ങനെ ഒരു പരിധിവരെ കേരളത്തിൽ തരണം ചെയ്യപ്പെട്ടിരിക്കയാണ്.

പ്രസവ ചിലവും സാമൂഹ്യ നിലവാരമനുസരിച്ച് കൂടുകയും കുറയുകയും ചെയ്യുന്നതായി കാണപ്പെടുന്നു. പ്രഖ്യാപിത ചിലവിൽ സാധാരണഗതിയിൽ രോഗിയുടെ കുടുംബം നേരിട്ട് ചിലവാക്കുന്ന പണം മാത്രമേ കണക്കിലെടുക്കാനുള്ളൂ. ഇതു കാരണം, സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെ കൂടുതൽ ആശ്രയിക്കുന്ന ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിലുള്ളവർ കൂടുതൽ പണം ചിലവഴിക്കുന്നതായി കാണപ്പെടുന്നതിൽ അത്ഭുതപ്പെടാനില്ല. കൂടാതെ, ചിലവേറുന്ന സിസേറിയൻ ഓപ്പറേഷനുകളും ഈ വിഭാഗത്തിലാണല്ലോ കൂടുതൽ കാണപ്പെടുന്നത്. എന്നാൽ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിലെ ഏറ്റവും താഴ്ന്ന രണ്ടു തട്ടുകളിലുള്ളവരുടേയും പ്രസവചിലവു നാം പ്രതീക്ഷിക്കുന്നത്ര കുറവായി കാണുന്നില്ല എന്നുള്ളത് ശ്രദ്ധേയമാണ്. (പട്ടിക 3)

പട്ടിക 3.

പ്രസവ ചിലവ്

	ചിലവ് രൂപയിൽ						
SES ഗ്രൂപ്പ്	<100	101-501	501-1000	1001-2500	2500+	പറയാത്തത്	ആകെ
I	**22**	**103**	**49**	**27**	**0**	**11**	**212**
	(10.4)	*(48.6)*	*(23.1)*	*(12.7)*	*(0)*	*(5.2)*	*(100)*
II	**59**	**276**	**188**	**145**	**20**	**23**	**711**
	(8.3)	*(38.8)*	*(26.4)*	*(20.4)*	*(2.8)*	*(3.2)*	*(100)*
III	**11**	**98**	**117**	**86**	**21**	**16**	**349**
	(3.2)	*(28.1)*	*(33.5)*	*(24.6)*	*(6.0)*	*(4.6)*	*(100)*
IV	**1**	**9**	**29**	**33**	**9**	**2**	**83**
	(1.2)	*(10.8)*	*(34.9)*	*(39.8)*	*(10.8)*	*(2.4)*	*(100)*
ആകെ	**93**	**486**	**383**	**291**	**50**	**52**	**1355**
	(6.9)	*(35.9)*	*(28.7)*	*(21.5)*	*(3.7)*	*(3.8)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ 547 പ്രസവങ്ങളിൽ 90ഉം സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ 485 പ്രസവങ്ങളിൽ 61ഉം സിസേറിയൻ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ടതാണ്. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ സിസേറിയൻ ഓപ്പറേഷനുകൾ കൂടുതലാണെന്നുള്ള സിദ്ധാന്തം ശരിയാണെന്നുള്ളത് ഇതിൽനിന്നും തെളിയുന്നു. (പട്ടിക 4)

പട്ടിക 4.

പ്രസവം നടന്ന ആശുപത്രി

പ്രസവം നടന്ന ആശുപത്രി	സാധാരണ[1,2]	സിസേറിയൻ	പറയാത്തത്	ആകെ
സ്വകാര്യ ആശുപത്രി	**448**	**90**	**9**	**547**
	(81.9)	*(16.5)*	*(1.6)*	*(100)*
സർക്കാർ ആശുപത്രി	**410**	**61**	**14**	**485**
	(84.5)	*(12.6)*	*(2.9)*	*(100)*
ആകെ	**11421**	**1562**	**58**	**1356**
	(84.2)	**(11.5)**	**(4.3)**	**(100)**

1. വീട്ടിൽ വെച്ചുള്ള പ്രസവങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്നു
2. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലോ ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രികളിലോ എന്ന് തരം തിരിക്കാത്ത പ്രസവങ്ങളും ഉൾപ്പെടുന്നു.

ഉർവ്വരതാസ്വഭാവവും (Fertility behaviour) മാതൃ–ശിശു ആരോഗ്യത്തെ നേരിട്ട് ബാധിക്കുന്ന ഒരു ഘടകമാണ്. ഈ സാമ്പിളിൽനിന്നും കണക്കാക്കപ്പെട്ട ജനനനിരക്ക് സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ആകെ ജനനനിരക്കായ 22.4% ത്തെക്കാൾ അല്പം കൂടുതലാണ്. വിവിധ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിലെ കുടുംബങ്ങളിലുള്ള കുട്ടികളുടെ ശരാശരി എണ്ണം നോക്കിയാൽ ഉർവ്വരതാസ്വഭാവത്തിന്റെ ഏകദേശ രൂപം നമുക്ക് ലഭിക്കും. പൊതുവെ, ഏറ്റവും ഉയർന്ന വിഭാഗമായ ക്ലാസ്സ് IV–ൽ പ്രസവം വൈകി തുടങ്ങുകയും രണ്ടു കുട്ടികൾക്കു ശേഷം നില്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. താഴ്ന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിൽ

കുട്ടികളുടെ എണ്ണം കൂടുന്നു. അങ്ങനെ കുടുംബത്തിന്റെ വലിപ്പം സാമൂഹ്യ വിഭാഗവുമായിട്ടു ബന്ധിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.(പട്ടിക 5)

പട്ടിക 5

കുട്ടികളുടെ ശരാശരി എണ്ണം/1 അമ്മ

മതം/വിഭാഗം	കുട്ടികൾ	അമ്മമാർ	കുട്ടികൾ/അമ്മ
ഹിന്ദു	1100	651	1.69
ക്രിസ്ത്യാനി	409	239	1.71
മുസ്ലീം	1170	451	2.59
പട്ടികജാതി *	273	142	1.92
പട്ടിക വർഗ്ഗം *	78	33	2.36

* ഹിന്ദുക്കളിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു

ഓരോ പ്രത്യേക ജനസമൂഹത്തിലും ഈ ബന്ധം നിലനില്ക്കുന്നതായി കാണാം. അതായത് മെച്ചപ്പെട്ട ധനശേഷിയുള്ളവർക്ക് മറ്റു വിഭാഗങ്ങളിലുള്ളവരെക്കാൾ കുട്ടികളുടെ എണ്ണം കുറവായി കാണാം. ജനസമൂഹങ്ങൾ തമ്മിൽ താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ വലുപ്പം ശരാശരിയെക്കാൾ കൂടുതലായി കാണുന്നു. എന്നാൽ ഈ പഠനം അമ്മമാരുടെ വയസ്സിനെ അടിസ്ഥാനമാക്കി ക്രമീകരിച്ചിട്ടില്ലാത്തതിനാൽ, ഈ കണ്ടുപിടുത്തത്തെ ശരിയായ വിധത്തിൽ വ്യാഖ്യാനിക്കുവാൻ സാദ്ധ്യമല്ല. താഴ്ന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിൽ 20 വയസ്സിനു താഴെയും 40 വയസ്സിനു മീതെയുമുള്ള പ്രസവങ്ങൾ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നു. ഇവ രണ്ടും അമ്മയുടെയും കുഞ്ഞിന്റെ ആരോഗ്യത്തിന് ദോഷം ചെയ്യുന്നു. അങ്ങനെ ഈ വിഭാഗത്തിൽ മാതൃ–ശിശു ആരോഗ്യത്തിന്മേലുള്ള അപകടസാദ്ധ്യത കൂടുതലാണെന്നുള്ള നിഗമനത്തിൽ നാം എത്തിച്ചേരുന്നു.(പട്ടിക 6)

പട്ടിക 6

പ്രസവസമയത്തെ വയസ്സ് സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച്

പ്രസവസമയത്തെ വയസ്സ്

SES ഗ്രൂപ്പ്	<20	21-25	26-30	31-40	>40	പറയാത്തത്	ആകെ
I	**32**	**110**	**34**	**28**	**5**	**3**	**212**
	(15.1)	*(51.9)*	*(16)*	*(13.2)*	*(2.4)*	*(1.4)*	*(100)*
II	**90**	**435**	**106**	**60**	**10**	**10**	**711**
	(12.7)	*(61.2)*	*(14.9)*	*(8.4)*	*(1.4)*	*(1.4)*	*(100)*
III	**40**	**224**	**39**	**33**	**1**	**12**	**349**
	(11.5)	*(64.2)*	*(11.2)*	*(9.5)*	*(0.3)*	*(3.4)*	*(100)*
IV	**5**	**55**	**15**	**6**	**0**	**2**	**83**
	(6.0)	*(66.3)*	*(18.1)*	*(7.2)*	*(0)*	*(2.4)*	*(100)*
ആകെ	**167**	**824**	**194**	**127**	**16**	**27**	**1355**
	(12.3)	*(60.8)*	*(14.3)*	*(9.4)*	*(1.20)*	*(2.0)*	*(100)*

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

ഈ പഠനത്തിൽനിന്നും പ്രസവ സമ്പ്രദായങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച നിഗമനങ്ങളെ ഇപ്രകാരം ചുരുക്കിപ്പറയാം ;

1) ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിലുള്ളവരുടെ സന്താനങ്ങളുടെ എണ്ണം കുറവായിരിക്കും. ഇരുപതുപയസ്സിനു താഴെയും നാല്പതു വയസ്സിനു മീതെക്കുള്ള പ്രസവങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുന്നതുമൂലം അമ്മയ്ക്കും കുഞ്ഞിനുമുള്ള അപകട സാദ്ധ്യതയും ഈ വിഭാഗത്തിൽ കുറയുന്നു. ധനസ്ഥിതി കുറഞ്ഞ കുടുംബങ്ങളിലാകട്ടെ, സ്ത്രീകൾ മേല്പറഞ്ഞ പ്രതികൂല പ്രായങ്ങളിൽ ഗർഭം ധരിക്കുകയും അപകട സാദ്ധ്യത കൂടുകയും ചെയ്യുന്നു. ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിൽ ജനനനിരക്ക് കുറവാണ്.

2) പ്രസവങ്ങൾ മിക്കതും ആശുപത്രികളിലാണ് നടക്കുന്നത്. എന്നാൽ ധനിക കുടുംബങ്ങളിലെ സ്ത്രീകൾ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളാണ് പ്രസവത്തിന് ഇഷ്ടപ്പെടുന്നത്. ഇതുകാരണം ഇവരുടെ പ്രസവം സിസേറിയൻ വിഭാഗത്തിൽ പെടുവാനുള്ള സാദ്ധ്യത ഏറുന്നു. ആശുപത്രികളിലെ പ്രസവം പരക്കെ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതുപോലെ സംസ്ഥാനത്തെ ശിശുമരണനിരക്ക് കുറയ്ക്കുന്നതിൽ ഗണ്യമായ പങ്ക് വഹിച്ചിട്ടുണ്ട്. പക്ഷെ ഏറ്റവും പാവപ്പെട്ടവരുടെ കൂട്ടത്തിൽ ഇപ്പോഴും പല പ്രസവങ്ങളും വീട്ടിൽവെച്ച് തന്നെ നടക്കുന്നു. മിക്ക അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലുമുള്ളപോലെ കേരളത്തിലെ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ വീട്ടിലുള്ള പ്രസവം അത്രതന്നെ അപകട സാദ്ധ്യതയുള്ളതല്ലെങ്കിലും, ആശുപത്രിയിൽ വെച്ചുള്ള പ്രസവമായിരിക്കും അമ്മയുടെയും കുഞ്ഞിന്റെയും ആരോഗ്യത്തിന് കൂടുതൽ സംരക്ഷണം നല്കുക എന്ന് തോന്നുന്നു.

ശിശുക്കളുടെ ഭക്ഷണ രീതികൾ

ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിൽ നേരിട്ടു സാംഗത്യമുള്ള ഒന്നാണ് ശിശുക്കളുടെ ഭക്ഷണരീതികൾ. ഫാക്ടറികളിൽ ശിശുക്കൾക്കായി ഉണ്ടാക്കുന്ന വില കൂടിയ പാൽപ്പൊടിക്കും കട്ടിയാഹാരത്തിനും അവികസിത സമുദായങ്ങളിൽ നൽകുന്ന പ്രോത്സാഹനം പരക്കെയുള്ള വിമർശനം വിളിച്ചുവരുത്തിയിരിക്കയാണ്. ഉയർന്ന സ്ത്രീസാക്ഷരതയും സംസ്ഥാനത്തൊട്ടാകെ പടർന്നിട്ടുള്ള പൊതുമാദ്ധ്യമങ്ങളുടെ സ്വാധീനവും മൂലം കേരളത്തിൽ ഇവയുടെ ദോഷഫലങ്ങൾ സമൂഹത്തിന്റെ എല്ലാ തട്ടുകളിലും അനുഭവപ്പെടുമെന്നാണ് പ്രതീക്ഷിക്കേണ്ടത്. എന്നാൽ കേരളത്തിലെ ഒരു ഗ്രാമത്തിൽ നടത്തിയ പഠനം വെളിവാക്കുന്നത് സ്ത്രീസാക്ഷരത കുഞ്ഞുങ്ങളെ മുലയൂട്ടുന്നതിന് എതിരായിട്ടുള്ള ഒരു മനോഭാവം ഉണ്ടാക്കിയിട്ടില്ല എന്നാണ് (രാമൻകുട്ടി 1987).

സാമൂഹ്യസ്ഥിതി എന്തുതന്നെയായാലും മൂന്നുമാസം വരെ കുഞ്ഞുങ്ങളെ മുലയൂട്ടുന്ന സമ്പ്രദായം സാർവ്വത്രികമാണെന്ന് ഈ പഠനത്തിൽ കാണപ്പെട്ടു. ആകെയുള്ള കുടുംബങ്ങളിൽ 5% മാത്രമേ ആദ്യത്തെ മൂന്നു മാസങ്ങളിൽ കുട്ടികൾക്ക് കൃത്രിമ ആഹാരങ്ങൾ കൊടുത്തിട്ടുള്ളു. ഇത് എല്ലാ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിലും ഒരുപോലെ

കാണപ്പെട്ടു. എന്നാൽ മൂന്നു മാസത്തിനു ശേഷം കൊടുത്തുതുടങ്ങുന്ന ആദ്യത്തെ കട്ടിയാഹാരത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ ധനശേഷിയുള്ളവർ, കടകളിൽനിന്നു വാങ്ങുന്ന കൃത്രിമ ആഹാരങ്ങളാണ് വീട്ടിൽ പാചകം ചെയ്യുന്നതിനെ അപേക്ഷിച്ച് കൊടുക്കാൻ ഇഷ്ടപ്പെടുന്നത്. ഈ ആഹാരങ്ങൾ കുട്ടിയുടെ ആരോഗ്യത്തിന് ദോഷം ചെയ്യുകയില്ലെങ്കിലും, ഇതു നിർമ്മാതാക്കളുടെ വില്പന വൈദഗ്ധ്യവും, കുടുംബങ്ങളുടെ പാഴ്ചെലവിലേക്കുമാണ് ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത്.(പടിക7,8)

പട്ടിക 7

ആദ്യത്തെ മൂന്നു മാസത്തെ പ്രധാന ആഹാരം

SES ഗ്രൂപ്പ്	മുലപ്പാൽ	കുപ്പിപ്പാൽ	ആകെ
I	**591**	**30**	**621**
	(95.2)	*(4.8)*	*(100)*
II	**1568**	**87**	**1655**
	(94.7)	*(5.3)*	*(100)*
III	**754**	**49**	**803**
	(93.9)	*(6.1)*	*(100)*
IV	**228**	**16**	**244**
	(93.4)	*(6.6)*	*(100)*
ആകെ	**3141**	**182**	**3323**
	(94.5)	*(5.5)*	*(100)*

പൊതുവെ പറയുകയാണെങ്കിൽ, ഗർഭധാരണം, പ്രസവം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ഭക്ഷണരീതികൾ എന്നിവയിൽ വിവിധ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങൾ തമ്മിൽ ചില പൊതുസ്വഭാവങ്ങളും ചില വ്യത്യസ്ത സ്വഭാവങ്ങളും നമ്മുടെ പഠനത്തിൽ കാണപ്പെടുന്നു. പ്രസവാനന്തര ശുശ്രൂഷയും, ആശുപത്രികളിലുള്ള പ്രസവവും പരക്കെ ഉണ്ട്.

പട്ടിക 8

3-12 മാസങ്ങളിൽ കൊടുക്കുന്ന പ്രധാന ആഹാരം

SESഗ്രൂപ്പ്	ബേബി ഫുഡ്	ഗൃഹനിർമ്മിതം	ആകെ
I	112	465	577
	(19.4)	*(80.6)*	*(100)*
II	420	1062	1482
	(28.3)	*(71.7)*	*(100)*
III	260	458	718
	(36.2)	*(63.8)*	*(100)*
IV	87	130	217
	(40.1)	*(59.9)*	*(100)*
ആകെ	879	2115	2994
	(29.4)	(70.6)	(100)

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

പൊതുവെ പറയുകയാണെങ്കിൽ, ഗർഭധാരണം, പ്രസവം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ഭക്ഷണരീതികൾ എന്നിവയിൽ വിവിധ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങൾ തമ്മിൽ ചില പൊതുസ്വഭാവങ്ങളും ചില വ്യത്യസ്ത സ്വഭാവങ്ങളും നമ്മുടെ പഠനത്തിൽനിന്നും കാണപ്പെടുന്നു. പ്രസവാനന്തര ശുശ്രൂഷയും, ആശുപത്രികളിലുള്ള പ്രസവവും പരക്കെ ഉണ്ട്. ഇവ രണ്ടും ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനു നൽകിയിട്ടുള്ള സംഭാവനകൾ ചില്ലറയല്ല. പക്ഷെ, കൂടുതൽ ധനശേഷിയുള്ള അമ്മമാർക്ക് പ്രസവസമയത്ത് ഓപ്പറേഷൻ നടത്താനും തന്മൂലം അപകടങ്ങൾ കൂടാനുമുള്ള സാദ്ധ്യതയുണ്ട്. ഇവർ പ്രസവത്തിന് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളും കുട്ടികൾക്ക് തൽക്കാലം കൃത്രിമ കട്ടി ആഹാരങ്ങളും ഇഷ്ടപ്പെടുന്നു. ദരിദ്ര വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട സ്ത്രീകളാണെങ്കിൽ ചെറു

പ്രായത്തിൽ അല്ലെങ്കിൽ നാല്പതു വയസ്സിനുശേഷം ഗർഭം ധരിക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യത കൂടുന്നു. ഭാഗികമായി ഇതിന്റെ കാരണം ഇവർക്ക് കൂടുതൽ കുട്ടികൾ ഉള്ളതാണ്. അങ്ങനെ കേരളത്തിൽ മാതൃശിശു സംരക്ഷണം ഇതേ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക പുരോഗതി കൈവരിച്ചിട്ടുള്ള ഇതര സമുദായങ്ങളുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ മെച്ചപ്പെട്ടതാണെങ്കിലും, ഈ സ്ഥിതി വഷളാക്കുന്നതിനുള്ള ഭീഷണി രണ്ടു വശങ്ങളിൽനിന്നും ഉയരുന്നുണ്ട്. കൂടുതൽ ധനശേഷിയുള്ളവർ ഗർഭധാരണം, പ്രസവം, കുട്ടികളെ വളർത്തൽ (ശിശു സംരക്ഷണം) എന്നിവയെ കൂടുതൽ ചികിത്സാവിധേയമാക്കുന്നത് ഒരു വശത്തും ധനശേഷി കുറഞ്ഞവരിൽ സുരക്ഷിതരീതികളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരമില്ലായ്മയും അറിവുകേടും മറ്റൊരു വശത്തും.

രോഗ പ്രതിരോധം നടത്താവുന്ന രോഗങ്ങൾ കുട്ടികളിൽ

രോഗപ്രതിരോധം നടത്താവുന്ന പ്രധാനപ്പെട്ട രോഗങ്ങൾ അഞ്ചു വയസ്സിന് താഴെയുള്ള എത്ര കുട്ടികൾക്ക് പിടിപെട്ടിട്ടുണ്ട് എന്നുള്ളതിന്റെ ഒരേകദേശ കണക്ക് അമ്മമാരോട് ചോദിച്ചറിഞ്ഞതിൽ നിന്നും ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഓർമയിൽ വന്നേക്കാവുന്ന പിശകും വിവരക്കുറവു കൊണ്ടുണ്ടാവുന്ന പിശകും ഇത് ഒരു ഏകദേശകണക്ക് മാത്രമേ ആക്കുന്നുള്ളൂ. എങ്കിലും, ഏറ്റവും ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ വിഭാഗത്തിൽ എല്ലാ പ്രധാനപ്പെട്ട രോഗങ്ങളും മറ്റു വിഭാഗങ്ങളെക്കാൾ ഗണ്യമായ തോതിൽ കുറവായിട്ടാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. മെച്ചപ്പെട്ട ജീവിത സാഹചര്യങ്ങളോ രോഗപ്രതിരോധമോ ഇതിന് കാരണമായേക്കാം. ഏറ്റവും ഉയർന്ന സാമൂഹ്യവിഭാഗത്തിൽപോലും 9% കുട്ടികൾക്ക് അഞ്ചാംപനി പിടിപെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നുള്ളത് ശ്രദ്ധേയമാണ് (അഞ്ചാംപനിയുടെ രോഗനിർണ്ണയം വളരെ കൃത്യമായിരിക്കാൻ സാദ്ധ്യതയില്ല ാത്തതിനാൽ ഈ കണക്കിൽ അല്പം ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ അനുവദിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. വിവിധ സാമൂഹ്യ വിഭാഗങ്ങളിലുള്ള കുട്ടികളുടെ പ്രായഘടന ക്രമീകരിച്ചിട്ടില്ലെ ങ്കിലും. ഇതിൽ വലിയ വ്യത്യാസമുണ്ടാകുമെന്ന് നാം കരുതുന്നില്ല)– പട്ടിക 9

പട്ടിക.9

രോഗപ്രതിരോധം കൊണ്ടുതടയാവുന്ന രോഗങ്ങൾ

എണ്ണം (അഞ്ചു വയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ)

രോഗം	I	II	III	IV	ആകെ
ടെറ്റനസ്	**4**	**14**	**6**	**1**	**25**
	(0.6)	*(0.83)*	*(0.7)*	*(0.4)*	*(0.7)*
വില്ലൻചുമ	**41**	**74**	**20**	**2**	**137**
	(6.5)	*(4.4)*	*(2.4)*	*(0.8)*	*(4.1)*
അഞ്ചാംപനി	**82**	**187**	**107**	**22**	**398**
	(13.1)	*(11.1)*	*(13.)*	*(8.9)*	*(11.8)*
ക്ഷയം	**10**	**21**	**13**	**1**	**45**
	(1.6)	*(1.3)*	*(1.6)*	*(1.4)*	*(1.3)*
പിള്ളവാതം	**3**	**14**	**7**	**0**	**24**
	(0.5)	*(0.8)*	*(0.8)*	---	*(0.7)*
ഡിഫ്റ്റീരിയ	**7**	**10**	**5**	**0**	**22**
	(1.1)	*(0.6)*	*(0.6)*	---	*(0.7)*
ആകെ കുട്ടികൾ	**627**	**1679**	**824**	**247**	**3377**

(ബ്രാക്കറ്റിൽ ശതമാനം)

8

ആരോഗ്യരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങളുടെ ഉപഭോഗം

കഴിഞ്ഞ രണ്ടാഴ്ചക്കാലം രോഗമുണ്ടായവരോട് അവർ അതിനായി തേടിയ ചികിത്സയെക്കുറിച്ചു ചോദിക്കുകയുണ്ടായി. ഇതിൽ 88 ശതമാനം രോഗികളും എന്തെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ചികിത്സ തേടുകയുണ്ടായി. താരതമ്യേന ചെറിയ രോഗങ്ങൾക്കു പോലും ചികിത്സ തേടുന്ന സമ്പ്രദായമാണ് കേരളത്തിലുള്ളതെന്നു കാണാവുന്നതാണ്. പട്ടിക 1–ൽ ഏതു തരത്തിലുള്ള സ്ഥാപനങ്ങളെയാണ് ചികിത്സയ്ക്കായി സമീപിച്ചതെന്നു കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–1:
ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ഉപയോഗം–സാമൂഹ്യ– സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച്

ഗ്രൂപ്പ്	സ്വയം ചികിത്സ	സർക്കാർ ആശുപത്രി	സ്വകാര്യ ആശുപത്രി	മറ്റുള്ളവ
1	9.99	33.18	42.77	14.05
2	12.00	25.29	49.84	12.87
3	10.82	15.93	60.49	12.77
4	15.19	8.48	66.20	10.13
ആകെ	11.57	22.97	52.60	12.86

സ്വയം ചികിത്സ നടത്തുന്നവർ 11.57 ശതമാനമാണ്. സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി കൂടുന്നതനുസരിച്ച് സ്വയം ചികിത്സിക്കാനുള്ള പ്രവണത കൂടുന്നതായിട്ടാണ് കണ്ടത്. എല്ലാ വിഭാഗക്കാരിലും കൂടെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളെ ആശ്രയിക്കുന്നവർ 22.97 ശതമാനം മാത്രമേ വരൂ. 52.6 ശതമാനം സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലാണ് ചികിത്സയ്ക്കു പോകുന്നത്. മറ്റുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങൾ (സഹകരണ ആശുപത്രികൾ, സർക്കാർ-സ്വകാര്യ ഡോക്ടർമാരുടെ വീട്ടിലുള്ള പരിശോധന തുടങ്ങിയവ) സ്വീകരിക്കുന്നവർ 12.86 ശതമാനം വരും. ഇതും ഫലത്തിൽ സ്വകാര്യ മേഖലയായെടുത്താൽ ആകെ സ്വകാര്യ മേഖലയെ ആശ്രയിക്കുന്നതു 65.46 ശതമാനമാണ്.

കേരളത്തിൽ മൂലധന നിക്ഷേപം, ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം, ആശുപത്രി കിടക്കകളുടെ എണ്ണം മുതലായവ പരിശോധിച്ചാൽ സർക്കാർ സ്വകാര്യ മേഖലകൾ ഏറെക്കുറെ തുല്യമാണെന്നു കാണാം. സ്വൽപ്പം മുൻതൂക്കമുള്ളതു സ്വകാര്യ മേഖലയ്ക്കാണെന്നു മാത്രം. ആശുപത്രി കിടക്കകളുടെയും ഡോക്ടർമാരുടെയും എണ്ണത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ സർക്കാർ മേഖലയും സ്വകാര്യ മേഖലയും തമ്മിലുള്ള അനുപാതം ഏതാണ്ട് 2:3 ആണ്. എന്നാൽ നാം കാണുന്നത് ഉപഭോഗത്തിന്റെ കണക്കെടുക്കുമ്പോൾ അത് 1:3 ആയി മാറുന്നുവെന്നാണ്. കേരളത്തിലെ സർക്കാരിന്റെ മൊത്തം ചെലവിന്റെ 15 ശതമാനത്തിനടുത്ത് ആരോഗ്യ മേഖലയിലാണ് ചെലവിടുന്നത്. ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ മൊത്തം നിക്ഷേപത്തിൽ 50 ശതമാനമോ ഒരു പക്ഷേ അതിലധികമോ സർക്കാർ മേഖലയിൽ തന്നെയാണ്. എന്നിട്ടും 23 ശതമാനം ജനങ്ങൾ മാത്രമേ ഈ മേഖല പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നുള്ളു എന്നത് കണ്ണു തുറപ്പിക്കുന്ന ഒരു വസ്തുത തന്നെയാണ്. സർക്കാർ മേഖലയെ കൂടുതൽ ആശ്രയിക്കുന്നതു പാവപ്പെട്ടവരാണെന്നു കാണാൻ കഴിയും. ഏറ്റവും ദരിദ്രരിൽ 33 ശതമാനം സർക്കാർ ആശുപത്രികളെ ആശ്രയിക്കുമ്പോൾ സമ്പന്നരിൽ ഇതു വെറും 8 ശതമാനം മാത്രമാണ്. ഏറ്റവും ദരിദ്രരിൽപ്പോലും കൂടുതൽ പേർ (57%) സ്വകാര്യമേഖലയെയാണ് ആശ്രയിക്കുന്നത്. സമ്പന്നരിൽ ഇത് 76 ശതമാനമാണ്.

സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെ സമീപിക്കാനുള്ള കാരണങ്ങൾ പട്ടിക 2–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–2

സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയെ സമീപിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രധാന കാരണം:-

കാരണം	%
1.സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ ഡോക്ടറില്ല	4.39
2.സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ മരുന്നില്ല	12.54
3.സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയില്ല	7.77
4.സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ കൈക്കൂലി	4.68
5.സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ വൃത്തിയില്ല	1.06
6.സ്വകാര്യ ആശുപത്രി അടുത്താണ്	16.36
7.സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ നല്ല പെരുമാറ്റം	4.96
8.സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലെ നല്ല ശ്രദ്ധ	17.03
9.മറ്റുള്ളവ	10.06

ഇതിൽ ആദ്യത്തെ അഞ്ചു കാരണങ്ങൾ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ ന്യൂനതകളെ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നവയാണ് (30.44 ശതമാനം). ഏഴാമത്തെയും എട്ടാമത്തെയും കാരണങ്ങൾ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ മേൻമയെക്കാണിക്കുന്നതും (21.99 ശതമാനം). സ്വകാര്യ ആശുപത്രി അടുത്താണെന്നു പറയുന്നവർ 16.36% വരും. ഈ മൂന്നു വിഭാഗത്തിൽ പെട്ട കാരണങ്ങളും സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് എങ്ങനെ മാറുന്നുവെന്ന് പട്ടിക 3–ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

ഇതിൽ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾ കൂടുതൽ അടുത്താണെന്നു പറയുന്നവർ എല്ലാ ഗ്രൂപ്പിലും തുല്യമാണ്. താഴ്ന്ന മൂന്നു ഗ്രൂപ്പുകളിലും സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ ന്യൂനതകളാണ് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ മേൻമയെക്കാളും അവിടെ പോകുവാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്ന ഘടകം. സമ്പന്നഗ്രൂപ്പിൽ മാത്രമാണ് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ

പട്ടിക 3

സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിൽ പോകാനുള്ള കാരണങ്ങൾ സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച്

കാരണങ്ങൾ	SES ഗ്രൂപ്പ് (ശതമാനങ്ങൾ)				
	I	II	III	IV	ആകെ
സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ ന്യൂനതകൾ	27.06	31.36	31.77	26.31	30.44
സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ മേൻമ	15.8	19.61	24.96	36.79	21.99
സ്വകാര്യ ആശുപത്രി കൂടുതൽ അടുത്ത്	16.69	16.28	16.74	14.84	16.36

മേൻമ പ്രധാനഘടകമായി കാണപ്പെടുന്നത്. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെപ്പറ്റിയുള്ള നല്ല അഭിപ്രായം സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് മാറുന്നതു കാണാവുന്നതാണ്. ഏറ്റവും ദരിദ്രരിൽ 15.8% മാത്രമാണ് ഇത്തരം അഭിപ്രായം രേഖപ്പെടുത്തുന്നത്. സമ്പന്നരിലാകട്ടെ ഇത് 36.79% ആയി ഉയരുന്നു.

മൊത്തത്തിൽ ഇതു കാണിക്കുന്നത് ജനങ്ങൾ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ കൂടുതലായി പോകുന്നത് അവിടുത്തെ ചികിത്സയുടെ മേൻമയേക്കാൾ ഏറെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ കാര്യക്ഷമതയില്ലായ്മ മൂലമാണെന്നാണ്. ദരിദ്രരിൽ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികൾ കൂടുതൽ അടുത്താണെങ്കിൽപ്പോലും ചെലവു കുറവായതു കൊണ്ട് കൂടുതൽ പേർ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ പോകേണ്ടതാണ്. അങ്ങനെ സംഭവിക്കാത്തത് സർക്കാർ ആശുപത്രിയിൽ ആവശ്യമായ ചികിത്സ ലഭിക്കുന്നില്ല എന്ന പരക്കെയുള്ള ധാരണ മൂലമാണ്.

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ സ്ഥിതി

സർക്കാർ മേഖലയിലെ വിപുലമായ ചികിത്സാ ശൃംഖലയുടെ ഏറ്റവും താഴെയുള്ള കണ്ണികളാണ് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ. കേരളത്തിൽ ഇന്ന് മിക്കവാറും എല്ലാ പഞ്ചായത്തുകളിലും പ്രാഥമി കാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുണ്ട്. പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാടികൾ നടപ്പാക്കാനും, ജനങ്ങൾക്ക് അവരുടെ വീട്ടിനടുത്ത് മിക്ക രോഗങ്ങൾക്കും ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കാനും വേണ്ടിയുള്ള സ്ഥാപനങ്ങളായാണ് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ വിഭാവനം ചെയ്തിട്ടുള്ളത്. രോഗം വന്നാൽ ഫലപ്രദമായ ചികിത്സ കിട്ടുന്ന സ്ഥാപനങ്ങളായി ജനങ്ങൾ അവയെ കാണുമ്പോൾ മാത്രമാണ്, പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ വഴി നടത്തുന്ന പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാടികളിലും അവരുടെ സഹകരണമുണ്ടാകുകയുള്ളു. വമ്പിച്ച തോതിൽ സർക്കാർ മുതൽ മുടക്കിയിട്ടുള്ള ഈ സ്ഥാപനങ്ങൾ എത്ര കണ്ടു ഫലപ്രദമാകുന്നുണ്ടെന്നു നോക്കാം.

പട്ടിക–4 നോക്കുക. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെപ്പറ്റിയുള്ള അറിവും, അവ എപ്പോഴെങ്കിലുമായി ഉപയോഗിക്കാറുണ്ടോ എന്ന ചോദ്യത്തിനുള്ള മറുപടിയുമാണ് അതിലുള്ളത്.

പട്ടിക–4

	കേന്ദ്രത്തെപ്പറ്റി അറിയാമോ?		അവിടെ പോകാറുണ്ടോ?	
SES ഗ്രൂപ്പ്	ഉവ്വ്	ഇല്ല	ഉവ്വ്	ഇല്ല
1	81.24	18.76	51.54	48.46
2	84.51	15.49	44.70	55.30
3	82.48	17.52	29.48	70.32
4	85.11	14.89	14.42	85.58
ആകെ	83.49	16.51	38.92	61.08

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തെപ്പറ്റിയുള്ള അറിവ് വ്യാപകമാണ്. സർവേയിൽ 83.49 ശതമാനം പേർക്കും ഈ അറിവുണ്ട്.

സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് ഇതിൽ വലിയ മാറ്റങ്ങളുമില്ല. എന്നാൽ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ സേവനങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലുമായി ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നവർ വെറും 38.92% മാത്രമാണ്. ഉപയോഗിക്കുന്നവർ ഉപയോഗിക്കാത്തവരേക്കാൾ കൂടുതലുള്ളത് ഏറ്റവും ദരിദ്രരിൽ മാത്രമാണ്. ഈ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ ഉപയോഗം സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതി കൂടുന്നതനുസരിച്ച് പടിപടിയായി കുറയുന്നതു കാണാം. ഏറ്റവും ദരിദ്രരിൽ പ്പോലും പകുതിയോളം പേർ ഈ സ്ഥാപനങ്ങൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നില്ല എന്നത് ചിന്തയ്ക്കു വക നൽകുന്ന കാര്യമാണ്. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ പോകാത്തതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ പട്ടിക–5–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–5

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൽ പോകാത്തതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ

കാരണങ്ങൾ	ശതമാനം
1.ദൂരക്കൂടുതൽ	20.56
2.വിശ്വാസമില്ല	14.76
3.മരുന്നില്ല	12.30
4.ചികിത്സയില്ല	10.13
5.ഡോക്ടറില്ല	7.35
6.മറ്റുകാരണങ്ങൾ	29.99

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിലേക്കുള്ള ദൂരക്കൂടുതലാണ് ഒരു പ്രധാന കാരണം(20.56%). ഈ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ കാര്യക്ഷമതയില്ലായ്മയെ കാണിക്കുന്ന കാരണങ്ങൾ (കാരണങ്ങൾ 2,3,4,5) 44.54 ശതമാനത്തെ വിലക്കുന്നു. മൊത്തത്തിൽ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൽ ഫലപ്രദമായ ചികിത്സ കിട്ടുന്നില്ല എന്ന ബോധമാണുള്ളത്. ഈ ബോധം എല്ലാ സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക വിഭാഗങ്ങളിലും ഏതാണ്ടൊരുപോലെ നിലനിൽക്കുന്നതായി കാണുന്നു.

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ നടത്തുന്ന പൊതുജനാരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഏറ്റവും പ്രധാനപ്പെട്ടതും വ്യാപകമാകേണ്ട തുമായ കണ്ണികളാണ് പൊതുജനാരോഗ്യപ്രവർത്തകർ. 5000 ജനസം ഖ്യക്ക് ഒരു ജൂനിയർ പബ്ളിക് ഹെൽത്ത് നഴ്സും (സ്ത്രീ–JPHN) ഒരു ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടറും (പുരുഷൻ–JHI) ഉണ്ട്. ഇവർ മാസത്തിൽ ഒരു തവണയെങ്കിലും ഓരോ വീടും സന്ദർശിക്കേണ്ട താണ്. ഈ ഭവന സന്ദർശനം ആരോഗ്യപ്രവർത്തനത്തിന്റെ ഏറ്റ വും വിലപ്പെട്ട ഘടകമാണ്. ഞങ്ങളുടെ സർവേ പ്രകാരം പ്രാഥമി കാരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ ഭവനസന്ദർശനത്തെപ്പറ്റിയുള്ള വിവര ങ്ങൾ പട്ടിക–6–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–6

പ്രാഥമികാരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ കഴിഞ്ഞ മാസത്തിൽ നിങ്ങളുടെ വീട്–സന്ദർശിച്ചോ?

ഗ്രൂപ്പ്	ഉവ്വ് (%)	ഇല്ല (%)	പറയാത്തവർ (%)
1	17.91	80.58	1.51
2	17.19	82.17	0.65
3	15.94	83.23	0.83
4	12.47	86.78	0.75
ആകെ	16.55	82.61	0.84

ഞങ്ങളുടെ സർവേ പ്രകാരം 82.61 ശതമാനം വീടുകളും ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ സന്ദർശിക്കുകയുണ്ടായിട്ടില്ല. ഇന്നത്തെ അ വസ്ഥയിൽ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരെ ഉപയോഗിക്കുന്നതു മുഖ്യ മായും ജനസംഖ്യാ നിയന്ത്രണം, പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ എന്നിവയ്ക്കുമാത്രമാണ്. പുരുഷന്മാരായ പ്രവർത്തകരെ (JHI) വേണ്ട രീതിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതേയില്ല. ക്ഷയം, കുഷ്ഠം, മന്ത്, മറ്റ് സാം ക്രമിക രോഗങ്ങൾ, വൈകല്യങ്ങൾ, കാൻസർ എന്നിവയുടെ കണ്ടുപിടിക്കലിനും നിയന്ത്രണത്തിനുമൊന്നും ആരോഗ്യ

പ്രവർത്തകരെ ഉപയോഗിക്കാൻ ഫലപ്രദമായ പരിപാടികളില്ല അതു കൊണ്ടു തന്നെ ഭവന സന്ദർശനത്തിൽ ഈ പ്രവർത്തകർ വിമുഖത കാണിക്കുന്ന അവസ്ഥയുണ്ടായേക്കാം. ഏതായാലും പതിനായിരത്തോളം വരുന്ന അടിസ്ഥാന ആരോഗ്യ പ്രവർത്ത കരുടെ പ്രസക്തി ഒരു ചോദ്യചിഹ്നമായിത്തീർന്നിരിക്കുന്നു. ഇവ രുടെ ഫലപ്രദമായ പുനർവിനിയോഗത്തിനുള്ള (redeployment) പരിപാടികൾ ആവിഷ്കരിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ഇതാകട്ടെ പലപ്പോഴും ദേശീയമായി നിർണയിക്കപ്പെടുന്ന രീതികളിൽ നിന്നു വ്യത്യസ്ഥമായി കേരളത്തിന്റെ പ്രത്യേകതകളും ആവശ്യങ്ങളും കണക്കിലെടുത്തുകൊണ്ടായിരിക്കുകയും വേണം.

വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖകളുടെ ഉപഭോഗം

കേരളത്തിൽ സർക്കാർ സ്വകാര്യ മേഖലകളിലായി ആധുനിക വൈദ്യം, ആയുർവേദം, ഹോമിയോപ്പതി, എന്നീ ശാഖകളിലുള്ള ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങളുണ്ട്. കൂടാതെ ഒട്ടേറെ ജനങ്ങൾ യുനാനി, പ്രകൃതി ചികിത്സ തുടങ്ങിയവയും പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതായി ട്ടുണ്ട്.

പട്ടിക–7–ൽ വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖകളെ ആശ്രയിക്കു ന്നവർ എത്രയുണ്ടെന്നു കാണിച്ചിരിക്കുന്നു. കഴിഞ്ഞ രണ്ടാഴ്ച കാലം രോഗം വന്നവരോട് ഏതു തരം ചികിത്സയാണുപയോഗപ്പെടുത്തി യതെന്നു ചോദിച്ചതിൽ നിന്നു കിട്ടിയതാണീ വിവരങ്ങൾ

ബഹു ഭൂരിപക്ഷവും ആധുനിക വൈദ്യത്തെയാണ് ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നത് (71.76%). തുടർന്ന് ആയുർവേദവും (10.19%) ഹോമിയോപ്പതിയും (6.10%). സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരച്ച് ഇതിൽ വലിയ മാറ്റങ്ങളില്ലെന്നും കാണാവുന്ന താണ്.

5 വയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ രോഗങ്ങൾക്ക് ഏതു വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നത് പട്ടിക–8–ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു. (ഇതിൽ മറ്റുള്ളവയിൽ സ്വയം ചികിത്സയും അടങ്ങിയിരിക്കുന്നു).

പട്ടിക–7

വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖകളുടെ ഉപയോഗം

ഗ്രൂപ്പ്	ആധുനിക വൈദ്യം%	ആയുർ വേദം%	ഹോമിയോ പ്പതി%	മറ്റുള്ളവ(%)
1	70.62	9.64	5.96	13.78
2	71.81	10.26	5.63	12.30
3	72.09	10.02	7.03	10.86
4	72.80	11.71	6.30	9.19
ആകെ	71.76	10.19	6.10	11.95

പട്ടിക–8

5 വയസിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ രോഗങ്ങൾക്ക് വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖകളുടെ ഉപയോഗം

ഗ്രൂപ്പ്	ആധുനിക വൈദ്യം	ആയുർ വേദം	ഹോമിയോ പ്പതി	മറ്റുള്ളവ
1	65.00	8.57	17.14	9.29
2	63.11	5.74	16.39	14.75
3	59.20	4.98	21.89	13.93
4	57.78	2.22	13.33	26.67
ആകെ	62.10	5.85	17.80	14.23

കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിലും ആധുനിക വൈദ്യമാണ് കൂടുതൽ ഉപയോഗിക്കപ്പെടുന്നത് (62.10%). ഇത് ഏറ്റവുമധികം ദരിദ്രരിലും (65%) ഏറ്റവും കുറവ് സമ്പന്നരിലുമാണ് (57.78%). ആധുനിക വൈദ്യം കഴിഞ്ഞാൽ കൂടുതൽ പേർ ഹോമിയോപ്പതിയാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത് (17.8%). ഹോമിയോപ്പതിയ്ക്കു ഗ്രൂപ്പ് 3ലാണ് ഏറ്റവും പ്രചാരം (21.89%). കുട്ടികൾക്കുള്ള രോഗങ്ങൾക്ക് മുതിർ

ന്നവർക്കുള്ള രോഗങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ആപേക്ഷികമായി ഹോമിയോപ്പതിയ്ക്കു കൂടുതൽ പ്രചാരമുണ്ടെന്നു കാണാം.

പട്ടിക–9–ൽ വിവിധ രോഗങ്ങൾ വരുമ്പോൾ ഏതു വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖ പ്രയോജനപ്പെത്തുന്നുവെന്നു കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–9

വിവിധ രോഗങ്ങൾ വരുന്നവരിൽ വ്യത്യസ്ഥ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖകളുടെ പ്രചാരം

രോഗം	ആധുനിക വൈദ്യം	ആയുർ വേദം	ഹോമിയോ പ്പതി	മറ്റുള്ളവ
വയറിളക്കം	**75.49**	**7.57**	**7.17**	**9.77**
പനി	**74.32**	**7.82**	**6.54**	**11.32**
മലമ്പനി	**61.90**	**4.76**	**14.29**	**19.05**
മന്ത്	**75.00**	**0.00**	**12.50**	**12.50**
ചിക്കൻ പോക്സ്	**32.00**	**16.00**	**36.00**	**16.00**
അഞ്ചാം പനി	**47.06**	**8.82**	**26.47**	**17.65**
മുണ്ടിനീര്	**71.43**	**7.14**	**3.57**	**17.86**
ഡിഫ്ത്തീരിയ	**66.67**	**0.00**	**8.33**	**25.00**
ടെറ്റനസ്	**90.00**	**10.00**	**0.00**	**0.00**
മഞ്ഞപ്പിത്തം	**46.95**	**32.32**	**6.10**	**14.63**
ടൈഫോയ്ഡ്	**68.75**	**12.50**	**0.00**	**18.75**
ആസ്ത്മ	**76.00**	**9.00**	**5.67**	**9.31**
ഹൃദയസ്ഥംഭനം	**77.27**	**6.06**	**6.06**	**10.61**
പക്ഷവാതം	**39.32**	**55.56**	**1.71**	**3.42**
അലർജി	**64.15**	**14.47**	**10.69**	**10.69**

രോഗികൾ വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖകളെ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നത് ആകസ്മികമായ രീതിയിലല്ലെന്നും, വിവിധ രോഗങ്ങൾക്ക് ഏതു ശാഖയാണ് ഗുണം ചെയ്യുന്നതെന്ന അവരുടെ കാഴ്ചപ്പാടുകളനുസരിച്ചാണെന്നും കാണാവുന്നതാണ്. മിക്ക രോഗങ്ങൾക്കും ആധുനിക വൈദ്യമാണ് കൂടുതൽ ഉപയോഗിക്കപ്പെടുന്നത്. എന്നാൽ ആധുനിക വൈദ്യത്തിന് വ്യക്തമായ ചികിത്സാ വിധികൾ ഇല്ലെന്നവർ വിശ്വസിക്കുന്ന പല രോഗങ്ങൾക്കും മറ്റു സമ്പ്രദായങ്ങൾ ആപേക്ഷികമായി കൂടുതൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതായി കാണാം. ചിക്കൻ പോക്സിന് 32% ആധുനിക വൈദ്യത്തിനും 16% ആയുർവേദത്തിനും പോകുമ്പോൾ 36% ഹോമിയോപ്പതിയെ ആശ്രയിക്കുന്നു. മഞ്ഞപ്പിത്തത്തിന് 47% ആധുനിക വൈദ്യവും 32% ആയുർവേദവും ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നു. പക്ഷവാതത്തിന് 56% ആയുർവേദത്തേയും വെറും 39% ആധുനിക വൈദ്യത്തേയും ആശ്രയിക്കുന്നു. വിവിധ ശാഖകൾ തമ്മിലുള്ള കിടമത്സരങ്ങൾക്കും അവകാശ വാദങ്ങൾക്കു മിടയിലും ജനങ്ങൾ സ്വയം തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുന്നു എന്നാണ് നാം ഇതിലൂടെ കാണുന്നത്.

ചികിത്സാ ചെലവുകൾ

വർദ്ധിച്ച തോതിലുള്ള രോഗാതുരത സ്വാഭാവികമായും കൂടുതൽ ചികിത്സാചെലവുകൾക്കു വഴിയൊരുക്കുന്നു. മൂർച്ഛിത രോഗാതുരതയുള്ളവരോട് രോഗം എത്രനാൾ നീണ്ടു നിന്നെന്നും, അതിന് ചികിത്സയ്ക്കായി എന്തു ചെലവായെന്നും ചോദിക്കുകയുണ്ടായി. രോഗമുള്ള ഒരാൾക്ക് 14 ദിവസത്തെ കാലയളവിൽ ശരാശരി 6 ദിവസമാണ് രോഗം നിലനിൽക്കുന്നത്. ഇതിൽനിന്നും മൂർഛിത രോഗാതുരത മൂലം നഷ്ടപ്പെടുന്ന മനുഷ്യ ദിവസങ്ങൾ കണക്കാക്കാവുന്നതാണ്. വരുമാനക്കുറവ്, പ്രവൃത്തിയിലെ കാര്യക്ഷമതയില്ലായ്മ എന്നീ കാരണങ്ങളാൽ ഇത് വലിയൊരു സാമ്പത്തിക ബാദ്ധ്യതയായിത്തീരുന്നു.

ഞങ്ങളുടെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം സംസ്ഥാനത്തിൽ മൊത്തം നഷ്ടപ്പെടുന്ന മനുഷ്യ ദിവസങ്ങളുടെ മതിപ്പ് പട്ടിക 10–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

14 ദിവസക്കാലത്തെ ആകെ നഷ്ടപ്പെടുന്ന മനുഷ്യ ദിവസങ്ങൾ 280.02 ലക്ഷമാണെന്നു കാണുന്നു. ഒരു വർഷത്തിൽ ഇത് 72.8 കോടി മനുഷ്യദിനങ്ങൾ മൂർചരിത രോഗാതുരതയാൽ ബാധിക്കപ്പെടുന്നു. ജോലിയെടുക്കുന്നവർ ജനസംഖ്യയുടെ 28 ശതമാനമായിരിക്കെ ഇത് ബാധിക്കുന്നത് 20.3 കോടി പ്രവൃത്തി ദിനങ്ങളെയാണ്. വരുമാനക്കുറവുമൂലം വ്യക്തിക്കോ കാര്യക്ഷമതാക്കുറവുമൂലം സമൂഹത്തിനോ നഷ്ടമാകുന്നതാണ് ഈ ദിനങ്ങൾ. ഇത്തരത്തിലുള്ള നഷ്ടം പ്രതിദിനം 20 രൂപയെന്ന് സങ്കൽപ്പിച്ചു നോക്കുക. അപ്പോൾ ആകെ സാമ്പത്തിക നഷ്ടം ഈ ഇനത്തിൽ വർഷം തോറും 406 കോടി രൂപയാണെന്നു കാണുന്നു. നഗരപ്രദേശങ്ങളിലെ രോഗാതുരതാ നിരക്കും ഏതാണ്ട് ഇത്ര തന്നെയാണെന്നു വെച്ചാൽ മൊത്തം സംസ്ഥാനത്തിനുള്ള സാമ്പത്തിക നഷ്ടത്തിന്റെ മതിപ്പ്503കോടി രൂപ വരും.

പട്ടിക 10

കേരള ഗ്രാമങ്ങളിൽ നഷ്ടമാകുന്ന മനുഷ്യ ദിവസങ്ങൾ

(വർഷത്തിൽ)

SES ഗ്രൂപ്പ്	ആകെ ജനസംഖ്യ	രോഗാതുരത %	രോഗമുള്ളവർ (ലക്ഷം)	ശരാശരി നഷ്ടപ്പെട്ട ദിവസം	നഷ്ടപ്പെട്ട മനുഷ്യ ദിവസം(ലക്ഷം)
1	31.64	23.98	7.59	7	53.13
2	110.74	21.42	23.72	6	142.32
3	65.54	18.95	12.42	6	74.52
4	18.08	16.25	2.94	8	23.52
ആകെ	226.00	20.30	46.67	6	280.02

ദീർഘസ്ഥായീ രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള രോഗാതുരത ഇവിടെ കണക്കിലെടുത്തിട്ടില്ല എന്നു കൂടി ഓർക്കുമ്പോൾ രോഗാതുരത കേരള സമൂഹത്തിൽ വരുത്തിവെയ്ക്കുന്ന ഭീമമായ നഷ്ടത്തെക്കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്.

പതിനാല് ദിവസക്കാലത്തിൽ ഏതെങ്കിലും രോഗമുണ്ടെന്നു പറഞ്ഞവർക്ക് ശരാശരി ചെലവായത് 16.56 രൂപയാണ്. ഇതു ശരാശരി മാത്രമാണെന്നോർക്കുക. സ്വയം ചികിത്സ നടത്തിയവരും ചികിത്സ തേടാത്തവരുമൊക്കെ ഉൾപ്പെടുന്നവരുടെ ശരാശരി. ഈ പ്രതിശീർഷ ചെലവ് സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് ഉയരുന്നതു കാണാവുന്നതാണ് (പട്ടിക–11). ഇങ്ങനെ ചെലവാക്കുന്ന തുകയിൽ മരുന്നിനും, ഡോക്ടർക്കുള്ള ഫീസിനും എത്രയാവുന്നുവെന്നും പട്ടികയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക–11

രോഗ ചികിത്സയ്ക്കുള്ള പ്രതിശീർഷ ചെലവുകൾ (രോഗം വന്നവരിൽ)

	SES				
ചെലവ് ഇനം	*1*	*2*	*3*	*4*	ആകെ
മരുന്ന്	**2.77**	**5.20**	**12.93**	**26.70**	**8.24**
ഫീസ്	**1.74**	**'2.20**	**5.03**	**2.50**	**2.90**
മറ്റുള്ളവ	**3.78**	**4.31**	**7.68**	**8.86**	**5.41**
ആകെ	**8.82**	**11.71**	**25.64**	**38.06**	**16.56**

ചികിത്സാ ചെലവിന്റെ മുഖ്യ ഘടകം മരുന്നിന്റെ വിലയാണെന്നു കാണാം–ആകെ ചെലവിന്റെ പകുതി. എന്നാൽ സമ്പന്നർ ആകെ ചെലവിന്റെ 70% മരുന്നിനായി ചെലവാക്കുമ്പോൾ ഏറ്റവും ദരിദ്ര

രിൽ അത് 31% മാത്രമാണ്. ഫീസ് ഇനത്തിലും, യാത്രാ തുടങ്ങിയ ഇനങ്ങളിലുമുള്ള വ്യത്യാസം ഇത്ര കണ്ട് ഇല്ലെന്നു കാണാം.

ഒരു കുടുംബം വർഷത്തിൽ ചികിത്സയ്ക്കായി ചെലവാക്കുന്ന തുക ചോദിച്ചറിഞ്ഞിരുന്നു. ഇതിൽ നിന്ന് രോഗം ബാധിച്ച ഒരാൾ വർഷത്തിൽ ചെലവാക്കുന്ന തുക കണക്കാക്കിയത് പട്ടിക–12–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു. ദീർഘസ്ഥായീ രോഗകങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സയ്ക്കടക്കം ചെലവാക്കുന്ന തുകയാണിത്. ഓർമ്മയിൽ നിന്നു പറയുന്ന ഒരു ഊഹം എന്ന നിലയ്ക്ക് ചികിത്സയ്ക്കായി നേരത്തേ കൊടുത്ത കണക്കുകളുടെ അത്ര ശരിയായിരിക്കണമെന്നില്ല . എങ്കിലും സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകൾ തമ്മിലുള്ള താരതമ്യത്തിന് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.

പട്ടിക–12

	SES				
ഇനം	*1*	*2*	*3*	*4*	ആകെ
പ്രതിശീർഷ വരുമാനം(രൂ)	766	1435	3740	7376	2486
പ്രതിശീർഷ ചികിത്സാ (രൂ) ചെലവ്	100.02	130.43	256.66	321.83	178.33
ചികിത്സയ്ക്കു ചെലവാക്കുന്നത് വരുമാനത്തിന്റ%മായി	14.36	9 .09	6.76	4.36	7.17

ഏറ്റവും ദരിദ്രർ വരുമാനത്തിന്റെ 14.36% രോഗ ചികിത്സയ്ക്കായി വിനിയോഗിക്കുമ്പോൾ, സമ്പന്നരിൽ ഇത് 4.36 ശതമാനം മാത്രമേ യുള്ളൂ. കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന രോഗാതുരത, ദരിദ്രവിഭാഗങ്ങളിൽ വിശേഷിച്ചും, വലിയൊരു സാമ്പത്തിക ഭാരമാണ് ഉണ്ടാക്കുന്നത്.

വിവിധ വൈദ്യശാസ്ത്രങ്ങളെ ശാഖ തിരിച്ചു പരിശോധിക്കുമ്പോൾ കാണുന്നത്, ഏറ്റവും പ്രചാരമുള്ള ആധുനിക വൈദ്യം തന്നെയാണ് ഏറ്റവും ചെലവേറിയതും എന്നാണ്. രണ്ടാഴ്ചക്കാലത്തെ മൂർഛിതരോഗങ്ങൾക്കുള്ള പ്രതിശീർഷ ചെലവ് വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖ തിരിച്ച് പട്ടിക 13–ൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു. ആധുനിക വൈദ്യത്തിന് പ്രതിശീർഷ ചെലവ് 20.72 രൂപയും ആയുർവേദത്തിന് 10.80 രൂപയും ഹോമിയോപ്പതിയ്ക്ക് 7.47 രൂപയുമാണ്.

സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പുകൾ തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം പ്രകടമായി കാണുന്നത് ആധുനിക വൈദ്യത്തിനാണ്. ഇതാകട്ടെ നാം നേരത്തെ കണ്ടതു പോലെ മരുന്നുകളുടെ ഉപഭോഗത്തിലുള്ള വ്യത്യാസം കൊണ്ടാണ്. മരുന്ന്, ഫീസ് ഇനങ്ങളിൽ ഓരോ ശാഖയിലും ചെലവാക്കുന്ന തുക പട്ടിക 14–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക 13

ചികിത്സാ ചെലവ് വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖ തിരിച്ച്

(പ്രതിശീർഷം; 14 ദിവസക്കാലം; രൂപ)

SES	ആധുനികം	ആയുർവേദം	ഹോമിയോ
1	10.04	6.96	6.12
2	13.67	12.27	7.86
3	33.22	10.20	7.22
4	50.39	10.34	9.98
ആകെ	20.72	10.80	7.47

ഹോമിയോപ്പതിയാണ് ഏറ്റവും ചെലവു കുറഞ്ഞത്. ഇത് പ്രധാനമായും മരുന്നുകളുടെ വിലക്കുറവു മൂലമാണെന്നു കാണാൻ കഴിയും. ആയുർവേദത്തിലും ഹോമിയോപ്പതിയിലും SES ഗ്രൂപ്പുകൾ തമ്മിൽ മരുന്നുകളുടെ ഉപഭോഗത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ വലിയ വ്യത്യാസമില്ല. ആധുനിക വൈദ്യത്തിൽ, SES ഗ്രൂപ്പുകൾ തമ്മിൽ കാണുന്ന വലിയ അന്തരം അതിലെ മരുന്നുകളുടെ തീപിടിച്ച വിലയാണെന്ന് ന്യായമായും അനുമാനിക്കാവുന്നതാണ്.

പട്ടിക 14

മരുന്ന്, ഫീസ് ഇനങ്ങളിലെ ചെലവ് ശാഖ തിരിച്ച്

SES	ആധുനികം		ആയുർവേദം		ഹോമിയോ	
	മരുന്ന് (%)	ഫീസ് (%)	മരുന്ന് (%)	ഫീസ് (%)	മുരുന്ന് (%)	ഫീസ് (%)
1	34	20	32	26	30	32
2	44	18	52	23	30	34
3	52	20	44	22	17	37
4	72	6	34	21	30	30
ആകെ	51	17	47	23	26	34

9
വ്യക്തിപരമായ ശീലങ്ങൾ

വ്യക്തിപരമായ ശീലങ്ങളിൽ പുകവലി (ബീഡിയും സിഗരറ്റും), മുറുക്കൽ, പൊടിവലി, മദ്യപാനം എന്നിവയെക്കുറിച്ച് വിവരക്കണക്കുകൾ ശേഖരിച്ചു. പുകവലി, പൊടിവലി, മദ്യോപയോഗം എന്നിവ പ്രധാനമായും പുരുഷന്മാരുടെ ശീലമാണെന്നും മുറുക്കൽ പുരുഷന്മാരിലും സ്ത്രീകളിലും മിക്കവാറും തുല്യമായിട്ടാണ് കാണുന്നതെന്നുമാണ് കണ്ടെത്തിയത്.

ഈ ശീലങ്ങളെല്ലാം ആരംഭിക്കുന്നത് പൊതുവെ 15 വയസ്സിനുശേഷമാണ്. അതു കൊണ്ടു വിവരക്കണക്ക് വിശകലനം ചെയ്തിട്ടുള്ളത് 15 ഉം അതിനു മീതെയുമുള്ള പ്രായഗ്രൂപ്പിലാണ്.

I.ബീഡിവലി

കേരളത്തിൽ സിഗരറ്റുവലിയേക്കാൾ ബീഡിവലിയാണ് അധികം. സ്ത്രീകളിൽ 193 പേർ മാത്രമേ തങ്ങൾക്ക് ബീഡിവലി ശീലമുണ്ട് എന്ന് റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തുള്ളു. ഇത് ആകെയുള്ളവരുടെ 0.93% ആണ്. പുരുഷന്മാരുടെ ഇടയിലെ ബീഡിവലിയുടെ പ്രചാരം പട്ടിക–I–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക1.

ബീഡിവലി (15 വയസ്സിനു മേലുള്ള പുരുഷന്മാരിൽ)

പ്രായം (വർഷം)	(ദിവസം 10–ൽ താഴെ) %	(ദിവസം 10–ൽ കൂടുതൽ) %	ആകെ
15 - 20	1.64	2.27	3.91
20 - 25	6.18	8.92	15.10
25 - 30	10.66	19.80	30.46
30 - 35	10.90	24.40	35.30
35 - 40	10.96	32.67	43.63
40 - 45	12.10	34.35	46.45
45 - 50	12.94	41.50	54.44
50 - 55	14.89	41.70	56.59
55 - 60	14.37	38.41	52.78
60+	17.27	24.59	41.86
ആകെ	10.78	23.56	34.34

(15 വയസ്സിനു മീതെ)

പ്രായം കൂടുന്നതോടെ ബീഡിവലിക്കുന്നവരുടെ ശതമാനം കൂടുന്നുണ്ടെന്നു വിവരക്കണക്കിൽ നിന്നു കാണുകയുണ്ടായി. എന്നാൽ 55 വയസ്സിനുശേഷം പ്രചാരം കുറയുന്നു. ഇത് ഈ പ്രായത്തിനുശേഷം പുകവലിക്കാരുടെയിടയിലുള്ള വർദ്ധിച്ച മരണനിരക്കു കാരണമാകാം. പ്രായം കണക്കിലെടുത്തുള്ള ഒട്ടാകെ മരണനിരക്ക് നോക്കിയാൽ മരണസാദ്ധ്യത പുകവലിക്കാരുടേതു പുരുഷന്മാരിൽ 1.5 ആണെന്ന് പി.സി.ഗുപ്ത റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. അതു വളരെ അർത്ഥവത്തായിരുന്നു. ഞങ്ങളുടെ പഠനത്തിൽ ഇത്

വലിയ പുകവലിക്കാരിൽ (ദിവസം 10 ബീഡിയിലധികം) കൂടുതൽ വ്യക്തമായി കാണപ്പെട്ടു. (പട്ടിക 1. നോക്കുക)

പട്ടികI.ബി

ബീഡിവലി സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് (15 വയസ്സിനു മേലുള്ള പുരുഷന്മാർ)

SESഗ്രൂപ്പ്	ബീഡിവലിക്കാർ(%)
1	**51.02**
2	**40.08**
3	**27.60**
4	**18.61**

ബീഡിവലിയുടെ പ്രചാരം ഏറ്റവും കൂടിയത് ഏറ്റവും ദരിദ്രസാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പിലും ഏറ്റവും കുറഞ്ഞത് ഏറ്റവും ഉയർന്ന സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഗ്രൂപ്പിലുമാണ്. പുകവലിയെപ്പറ്റി പഠിക്കുന്ന പല സജീവപ്രവർത്തകരുടേയും അഭിപ്രായം, (മൂന്നാം ലോകത്തിലെ പുകയില നിയന്ത്രണം എന്ന പുസ്തകം ആധാരം) ഭക്ഷ്യപദാർഥങ്ങൾ ലഭ്യമാകാതെ വരികയോ താങ്ങാനാകാത്ത വിലയ്ക്കുമാത്രം ലഭ്യമാകുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ വിശപ്പടക്കാനുള്ള വില കുറഞ്ഞതും കിട്ടാവുന്നതുമായ ഒരു ഉപാധിയായി മൂന്നാം ലോക രാജ്യങ്ങളിൽ അതു ഉപയോഗിക്കപ്പെടാറുണ്ട് എന്നാണ്.

2. സിഗരറ്റ് വലി

സിഗരറ്റ്വലി സ്ത്രീകളുടെ ഇടയിൽ അസാധാരണമാണ്. സാമ്പിളിൽ 65 സ്ത്രീകൾ മാത്രമേ തങ്ങൾക്ക് സിഗരറ്റുവലി ശീലമുണ്ടെന്നു റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തുള്ളൂ. ഇതു 15ഉം അതിനു മീതെയുള്ള പ്രായഗ്രൂപ്പിലെ ഒട്ടാകെ സ്ത്രീകളുടെ 0.31% മാത്രമാണ്. പുരുഷന്മാരുടെയിടയിലെ സിഗരറ്റുവലിയുടെ പ്രചാരം പട്ടിക II–ൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക II

സിഗരറ്റുവലി 15 വയസ്സിനു മേലുള്ള പുരുഷന്മാരിൽ

വയസ്സ്	ദിവസം 10–ൽ താഴെ	ദിവസം 10–ൽ മീതെ	ആകെ
15-20	2.12	0.48	2.60
20-25	9.58	2.57	12.15
25-30	16.74	7.45	24.19
30-35	20.02	8.56	28.58
35-40	17.43	7.65	25.08
40-45	17.85	9.86	27.71
45-50	17.86	8.89	26.75
50-55	17.78	6.32	24.10
55-60	12.55	5.56	18.11
60 +	7.84	3.21	11.05

പട്ടിക II B

സിഗരറ്റ് വലിയും സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയും

(15 വയസ്സിനു മേലുള്ള പുരുഷൻമാരിൽ)

SES ഗ്രൂപ്പ്	സിഗരറ്റ് വലിക്കാർ (%)
I	15.85
II	18.31
III	21.53
IV	20.11

സിഗരറ്റു ബീഡിയേക്കാൾ വളരെയധികം വിലയുള്ളതാണ്. അതുകൊണ്ടു ദരിദ്രർക്ക് സിഗരറ്റു വലിക്കാനുള്ള കഴിവുണ്ടാവില്ല. ഉപരിവർഗ്ഗത്തിൽ പെട്ടവരുടെയിടയിലെ സിഗരറ്റുവലിക്കാരുടെ കൂടിയ ശതമാനത്തിനുള്ള കാരണം ഇതാവാം.

55 വയസ്സിനുശേഷം പുകവലിക്കാരുടെ ശതമാനത്തിൽ കുറവുണ്ട്. ഇതിനുള്ള കാരണവും ബീഡിവലിക്കാരുടെ കാര്യത്തിലേതുതന്നെയാവാം.

പുരുഷന്മാരുടെയിടയിലെ പുകവലിക്കാരുടെ ആകെ ശതമാനം 53.25 ആണെന്നു കണ്ടു. എന്നാൽ പുരുഷന്മാരിൽ 10% ബീഡിയും സിഗരറ്റും രണ്ടും വലിക്കുന്നതിനാൽ ആകെ ശതമാനം 43.25 ആണെന്നുകണ്ടു. സ്ത്രീകളുടെയിടയിൽ പുകവലിക്കാരുടെ (ബീഡിയും സിഗരറ്റും രണ്ടും) ആകെ എണ്ണം 258 (1.24%) ആണെന്നും കാണുകയുണ്ടായി. ഇത് ഒരു ചെറിയ ശതമാനമാണെങ്കിലും ശ്രീലങ്കയിലേതിനേക്കാൾ ജാസ്തിയും മറ്റു പല വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലേതിനേക്കാൾ കുറവുമാണ്.

പട്ടിക III

മൂന്നാംലോക രാജ്യങ്ങളിലെ പുകവലി

രാജ്യം	പുരു	സ്ത്രീ
വെനിസുവേല	32	23
ഉറുഗ്വേ	44	23
മെക്സിക്കോ	37	17
ഹോൺഡുറാസ്	36	11
എൽസാൽവഡോർ	38	12
ഇക്വഡോർ	39	16
കോസ്റ്ററിക്ക	35	20
കൊളംബിയ	37	18
ചിലി	41	37
ബ്രസീൽ	40	36
അർജന്റീന	43	27
ശ്രീലങ്ക	54.8	0.84
ഇറാക്ക്	40-50	5
ഇന്തോനേഷ്യ	60-75	5-10
ചൈന	61	7
ബംഗ്ലാദേശ്	50	3
സാംബിയ	39	7
മൗറീഷ്യസ്	58	7

"മൂന്നാം ലോകത്തിലെ പുകയില നിയന്ത്രണ"ത്തിൽനിന്ന് പി.സി.ഗുപ്ത റിപ്പോർട്ടുചെയ്തിട്ടുള്ളത് ഇന്ത്യയിൽ ബീഡിവലിക്കാരുടെ പ്രചാരം പുരുഷന്മാരിൽ 34% എന്നും സിഗരറ്റുവലിക്കാരുടേത് 23% എന്നും പൊടിവലിക്കാരുടേതു 1% എന്നും മുറുക്കലിന്റേതു 9% എന്നുമാണ്. ഞങ്ങൾ കണ്ടെത്തിയതും പി.സി.ഗുപ്ത റിപ്പോർട്ടു ചെയ്ത സംഖ്യയോടു പൊരുത്തപ്പെടുന്നു.

II മുറുക്കൽ

പുകയില മുറുക്കൽ പുരുഷന്മാരിലും സ്ത്രീകളിലും സദൃശമായിട്ടാണ് കണ്ടത്. 15 വയസ്സിനുതാഴെ വളരെ ചെറിയ ഒരു സംഖ്യയേ മുറുക്കുന്നതായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തുള്ളൂ–6 (സ്ത്രീകൾ 0.07% പുരുഷന്മാർ 0.81%). പുകയില മുറുക്കൽ റിപ്പോർട്ടുചെയ്ത പ്രകാരമുള്ളത് പട്ടിക IV–ൽ കൊടുത്തിട്ടുണ്ട്.

പട്ടിക IV

പുകയില മുറുക്കൽ പ്രായവും ലിംഗവുമനുസരിച്ച് (%) – പതിനഞ്ചുവയസ്സിനു മുകളിൽ

പ്രായം	പുരു	സ്ത്രീ	ആകെ
15-20	0.37	0.27	0.32
20-25	1.28	0.67	0.98
25-30	3.86	2.57	3.22
30-35	6.67	5.73	6.20
35-40	11.02	12.98	12.00
40-45	16.21	18.67	17.46
45-50	21.04	27.27	24.16
50-55	22.65	26.14	24.40
55-60	25.96	32.11	29.04
60 +	32.73	40.95	36.84
ആകെ	12.47	12.56	12.52

പുകയില മുറുക്കുന്ന ശീലം പുരുഷന്മാരിലും സ്ത്രീകളിലും പ്രായം കൂടുന്നതനുസരിച്ച് അനുക്രമം വർദ്ധിക്കുന്നു. ഏറ്റവും കൂടുതൽ ഏറ്റവും പ്രായം കൂടിയ ഗ്രൂപ്പുകളിലാണ്. മുറുക്കൽ ശീലം പുരുഷന്മാരിലേക്കാൾ അധികം സ്ത്രീകളിലാണ്.

പട്ടിക IV-B

പുകയില മുറുക്കൽ സാമൂഹ്യ–സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് (15 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവരിൽ)

ഗ്രൂപ്പ്	മുറുക്കൽ(%)
I	20.51
II	14.16
III	9.38
IV	6.98

കടുത്ത ദാരിദ്ര്യത്തിലും നിരാശയിലും ജീവിക്കുന്നവരിൽ മിതമായ തോതിൽ പുകയില വലിക്കുകയോ മുറുക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതിൽനിന്നു ലഭിക്കുന്ന ചെറിയ സമാശ്വാസം തികച്ചും മനസ്സിലാക്കാവുന്നതേയുള്ളൂവെന്നും പുകയിലയുടെ പ്രശമനോപകരണമെന്നനിലക്കുള്ള അത്തരമൊരു ഉപയോഗം നിഷേധിക്കുന്ന നയങ്ങൾ തുടരുന്നതിന്റെ ധാർമ്മികത ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെടാവുന്നതാണെന്നും ഈ രംഗത്തുള്ള ചില പ്രവർത്തകർ അഭിപ്രായപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ഈ അഭിപ്രായം, പുകയിലയുടെ ഏതു തരത്തിലുമുള്ള ഉപയോഗത്തിനുമെതിരെ വിട്ടുവീഴ്ചയില്ലാത്ത ഒരു നിലയെടുത്തേക്കാവുന്നവരിൽനിന്നു അങ്ങേ അറ്റത്തെ പരിഗണന അർഹിക്കുന്നു. അതേ സമയം പുകയിലയുടെ ഉപയോഗം, കാൻസർ, ഹൃദ്രോഗം എന്നിവയുടെ വർദ്ധിച്ച നിരക്കിനുള്ള പ്രധാന കാരണമാണെന്ന് സംശയലേശമില്ലാതെ തെളിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. കേരളത്തിൽ പാവപ്പെട്ടവരിൽപ്പോലും കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്ന ഹൃദ്രോഗത്തിനും കാൻസറിനുമെതിരെയുള്ള പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ പുകവലി നിയന്ത്രണം ഏറ്റവും പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്ന ഘടകമാണെന്ന കാര്യത്തിൽ സംശയമില്ല.

III പൊടി വലി

ഇതും പുരുഷന്മാരുടെ ഒരു ശീലമായിട്ടാണ് കാണപ്പെട്ടത്. 30 സ്ത്രീകൾ മാത്രമേ തങ്ങൾക്ക് പൊടിവലി ശീലമുണ്ടെന്ന് റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തുള്ളൂ. ഇത് 15 വയസ്സിനു മീതെയുള്ള സ്ത്രീകളുടെ 0.14% ആണ്. 15 വയസ്സും അതിനുമീതെയുള്ള പ്രായ ഗ്രൂപ്പിൽ പുരുഷന്മാരുടെയിടയിൽ 397 പേർ ഈ ശീലമുള്ളതായി റിപ്പോർട്ടുചെയ്തു. ഇത് 2.07% ആണ്. പി.സി.ഗുപ്ത നൽകുന്ന ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയിലും കൂടുതലാണിത്.

പട്ടിക V

പൊടിവലി സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് (15 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ള പുരുഷന്മാരിൽ)

SES	പൊടിവലി (%)
I	2.91
II	2.30
III	1.97
IV	1.83

സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക പദവിയും പൊടിവലി ശീലമായി ട്ടുള്ളവരുടെ ശതമാനവും തമ്മിൽ ഒരു പ്രതികൂലാനുപാത ബന്ധം ഉണ്ട്.

ഇപ്പോൾ തന്നെ പുകയില ഉപയോഗിക്കുന്നവർ വ്യാവസായിക രാഷ്ട്രങ്ങളിലേക്കാൾ അധികം വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലുണ്ട്.

ജനസംഖ്യാ വളർച്ചയുടെ കൂടുതൽ ത്വരിതമായ നിരക്കുള്ള അവികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ അടുത്ത ദശകങ്ങളിൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന പുകയില ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ സംഖ്യ, അവിടുത്തെ വിപണന സാദ്ധ്യതകൾ, – വ്യാവസായികരാജ്യങ്ങളിൽ കാണുന്ന ആപേക്ഷിക മായ വളർച്ചാക്കുറവിനേക്കാളോ ചുരുങ്ങിവരുന്ന ആകെ വില്പനകളേക്കാളോ – നാടകീയമാം വിധം ആകർഷകമാക്കും.

പുകവലിക്കുന്ന സ്ത്രീകളുടെ നിരക്കുകൾ പുരുഷന്മാരുടേതിനു ഒപ്പം നിൽക്കുകയോ അതിലും കൂടുകയോ ചെയ്യുന്ന പാശ്ചാത്യ ദേശങ്ങളിൽ നിന്നു വിഭിന്നമായി, പല വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലും സ്ത്രീ കളുടെ പുകവലി പൊതുവേ അസാധാരണമാണ്. അതു പുകയില വ്യവസായത്തിൽ അതിവിപുലമായ ഒരു പുതിയ ഭാവി വിപണിയെ പ്രതിനിധാനം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്നു. കേരളത്തിലെ സ്ത്രീകളുടെ യിടയിൽ പുകയിലയുടെ ഉപയോഗം, വിശേഷിച്ചും പുകവലി ഒരു അപൂർവ്വ സംഭവമാണെന്നും ഞങ്ങളുടെ നിഗമനങ്ങൾ കാണിക്കു ന്നു. സ്ത്രീകൾക്കുവേണ്ടി സിഗരറ്റു കൊണ്ടു വരുന്നതു ഈ പശ്ചാ ത്തലത്തിൽ നോക്കിക്കാണേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

പുകയിലയുടെ വളർത്തലിലും, നിർമ്മാണത്തിന്റെ പ്രാരംഭ പ്രക്രിയയിലും, നിർമ്മാണത്തിലും വില്പനയിലും ഉള്ള അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ദശലക്ഷക്കണക്കിലുള്ള പ്രവർത്ത കർക്ക് പുകയിലയുമായുള്ള ഏർപ്പാടിൽ ഗുണം സിദ്ധിക്കുന്നുണ്ടെ ന്നുള്ളതു നിഷേധിച്ചിട്ടു കാര്യമില്ല. എന്നാൽ ഇതേവാദങ്ങൾ അന്താ രാഷ്ട്രീയ കറുപ്പ്, ഹിറോയിൻ വ്യാപാര ത്തിന്റെ പല ഘട്ടങ്ങളിലും ലാഭമുണ്ടാക്കുന്നവരെ പറ്റിയും, കഴിഞ്ഞ നൂറ്റാണ്ടിൽ അന്നു തികച്ചും നിയമാനുസൃതമായിരുന്ന അടിമക്കച്ച വടത്തിൽ നിന്നു ലാഭമുണ്ടാക്കിയിരുന്നവരെ പറ്റിയും ഉന്നയി ക്കാവുന്നതാണ്.

IV. മദ്യത്തിന്റെ ഉപയോഗം

പ്രതികരിച്ചവർ റിപ്പോർട്ടു ചെയ്ത പ്രകാരം 104 സ്ത്രീകൾ മദ്യം ഉപയോഗിക്കുന്ന .ശീലമുള്ളവരാണ് (0.5%). 15 വയസ്സിൽ താഴെ യുള്ള പുരുഷന്മാരിൽ ആരും മദ്യം ഉപയോഗിക്കുന്നതായി റിപ്പോർട്ടു ചെയ്തില്ല. മാസത്തിൽ പത്ത് ദിവസത്തിൽ കുറവായും പത്ത് ദിവസ ത്തിൽ കവിഞ്ഞുമുള്ള മദ്യോപയോഗം വെവ്വേറെ ശേഖ രിക്കപ്പെട്ടു. രണ്ടു ഗ്രൂപ്പുകളിലേയും ആളുകളുടെ ശതമാനം പട്ടിക VI–ൽ കൊടുത്തിട്ടുണ്ട്.

പട്ടിക VI

മദ്യോപയോഗം 15 വയസ്സിനുമേലുള്ള പുരുഷന്മാരിൽ

	മദ്യോപയോഗം		
പ്രായം	മാസത്തിൽ 10 ദിവസത്തിനുതാഴെ	മാസത്തിൽ 10 ദിവസത്തിനുമീതെ	ആകെ
15-20	0.57	0.17	0.74
20-25	3.22	0.75	3.97
25-30	8.73	3.46	12.19
30-35	12.33	6.06	18.39
35-40	13.37	7.97	21.34
40-45	13.67	12.10	25.77
45-50	14.03	12.44	26.47
50-55	12.64	14.35	26.99
55-60	13.51	13.79	27.30
60 +	9.24	8.86	18.10

കള്ള് കേരളത്തിൽ ദരിദ്രഗ്രൂപ്പിന്റെ ഊർജത്തിന്റെ ഉറവിടങ്ങളി ലൊന്നാണ്, ഇതു സ്റ്റേറ്റ് ഗവർമെണ്ടിനുള്ള ആദായത്തിന്റെ പ്രധാന ഉറവിടങ്ങളിലൊന്നുമാണ്.

ഇത്തരം ചോദ്യാവലികളിൽ പൊതുവേ മദ്യോപയോഗത്തെ സംബന്ധിച്ചു കിട്ടുന്ന കണക്കുകൾ യഥാർത്ഥത്തിലുള്ളതിനേ ക്കാൾ വളരെ കുറയാനാണ് സാദ്ധ്യത. എന്നിട്ടുപോലും ഞങ്ങളുടെ സാമ്പിളിൽ ഉയർന്ന നിരക്കുകൾ കണ്ടു എന്നുള്ളത് പ്രസ്താവ്യമാണ്. മദ്യാസക്തിമൂലം വരുന്ന കരൾവീക്കംപോലുള്ള രോഗങ്ങൾ എത്രകണ്ട് കേരളത്തിലുണ്ട് എന്ന് വ്യക്തമായി തിട്ടപ്പെടുത്തേണ്ടതാ യിട്ടുണ്ട്. മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെക്കാൾ വളരെ കൂടുതൽ ഈ രോഗ ങ്ങൾ ഉണ്ടാകാൻ ഇടയുണ്ടെന്നു മാത്രം സൂചിപ്പിക്കട്ടെ.

പട്ടിക VI B

മദ്യോപയോഗം സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയനുസരിച്ച് (15 വയസ്സിനു മേലുള്ള പുരുഷന്മാർ)

SES ഗ്രൂപ്പ്	മദ്യം ഉപയോഗിക്കുന്നവർ (%)
I	22.09
II	16.93
III	14.03
IV	12.20

REFERENCES •

- Administration report Director of Health Services Kerala , 1987

- Aravindan K P: A study of Epidemic diarrhoeal deaths. Proceedings of the firstKerala Science Congress, STEC, Trivandrum,1990.pp.361-66

- Caldwell J C: The Conditions of Unusually Low Mortality: Optimum Paths to Health for All;Population and Development Review Vol.12 no 2 1986

- Census of India,1981.Series 1-10,Census Commissioner, New Delhi

- Directorate of economics and statistics, govt. of Kerala,annual reports on sample registration,1983

- Duggal R and Amin S: in Cost of health care-A household survey in an Indian district .FRCH, Bombay, 1989.pp 35-36

- Economic Review ,1982, State Planning Board, Trivandrum

- Fact book on Population and Family Planning, Demographic Reasearch Centre, Trivandrum,1974

- General Household Survey: introductory report Office of Population Census and Survey 1973. HMSO, London.

- The General Household Survey OPCS 1982, HMSO London.

- Government of Kerala (1989), Health profile of Kerala 1989.

- Health information of India, 1989. Central Bureau of Health intelligence, DGHS. Ministry of Health and system Registrar General of India.

- Illsley R: Professional or Public Health? Sociology in health and Medicine. Rock Carling Fellowship 1980. The Nuffield Provincial Hospitals trust, London.

- Krishnan T N: Health Statistics in Kerala State, India in Halstead et al:(ed)Good Health at Low Cost, New York, the Rockefeller Foundation 1985

- Kumar B G and Vaidyanathan (1988) morbidity in India; some problems of measurement, interpretation and analysis; paper presented in the sixth annual convention of Indian society for medical statistics, October 27-29 Hyderabad India

- Leela Gulati and S Irudaya Rajan (1988) Aging of population in Kerala, Centre for Development Studies, Trivandrum 1989

- Logan W P D and Brook E M: The Survey of sickness 1943-1952. General Registrar Office Studies on Medical and Population Subjects. No.12 HMSO, London

- Mari Bhat P N: 1987. Mortality in India: Trendes and Patterns. (Unpublished Ph.D dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA)

- Mays N: Measuring morbidity for resource allocation. British. Medical.Journal 1987; 295,703

- Mckeown T: Looking at Disease in the Light of Human Development World Health Forum Vol.6 1985

- National Sample Survey-17th, 18th, 19th rounds NSSO, New Delhi

- National Sample Survey (1980) 28th round on morbidity Sarvekshana July -October 1980

- National Sample Survey (1983) Survey on disability Sarvekshana No.1-2 vol 7 July -October 1983

- Nag M (1983) Impact of social and economic development on mortality, comparative study of Kerala and West Bengal. Economic and Political Weekly, 18: 877 - 900, 1983

- Oxford textbook of Public Health Vol.3, Vol.4 Oxford University Press

- Panikar P G K and Soman C R: Health Status of Kerala, Paradox of Economic backwardnessand Health Development, Trivandrum, The Centre for Development Studies,1984

- Raman Kutty V: Socio-economic Factors in Child Health Status: a Kerala Village Study Unpublished M Phil dissertation, Trivandrum, the Centre for Development Studies, 1987

- Ramankutty V and Malathy Damodaran (1988) Health status of children in two villages of Kerala (unpublished)

- Sample registration systum. Registrar General of India 1975-1977 and 1985-1986, New Delhi

- Sample Registration of Kerala reports 1983

- Smith G D, Bartley M, Blane D: The Black Report on Socio-economic Inequalities in Health 10 Years on: British Medical Journal 1990; 301: 18-25

- Soman C R, Malathi Damodaran, Rajsree S, Raman Kutty V, and Vijaya Kumar K: High Morbidity and Low Mortality: the Experience of Urban Preschool Children in Kerala: Journal of Tropical Pediatrics 1990 (in press)

- Thankappan K R and Ramankutty V: Immunisation coverage in Kerala and the role of Integrated Child Development Services: Health Policy and Planning : 5 (3) : 267 - 273

- Wood C H: The Political Economy of infant Mortality in Sao Paulo, Brazil: The International Journal of Health Services, 1982; Vol.12,No.2

- Zacharia K C and Sulekha Petel (1982) Trends and Determinants of Infant and child mortality in Kerala, Discussion paper 82-2, Population and Human Resource Division, Washington,DC, 1982 15.





കേരള
ശാസ്ത്രസാഹിത്യ
പരിഷത്ത്